Nr. 3. 19. stycznia 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Edward PROS. Warszawa.

Nowa metoda oznaczania zawartości drobnej ilości cukru w moczu.

(Z pracowni bakterjologiczno-chemicznej E. Prosa w Warszawie).

Zasada. Metoda ta opiera się na redukcji soli miedziowej, zawartej w rozczynie Fehlinga, i na zamianie powstałego żółtego podtlenku miedzi (Cu_2O), łatwo utleniającego się, na trwały, biały rodanek miedziawy (CuCNS). Osiąga się to przez dodanie w końcu odczynu rodanku amonowego. Rodanek amonowy, wzmacniający barwę niezredukowanej soli miedziowej, umożliwia zarazem spostrzeganie przebiegu i końca redukcji oraz ścisłe obliczenie stężenia cukru w moczu. Obliczenie cukru opiera się na tej zasadzie, że 1 cm^3 stosowanego rozczynu Fehlinga redukuje całkowicie 0,05 cm^3 moczu, zawierającego 9,5% cukru.

Część teoretyczna. Metoda powyższa, opierająca się, jak większa część istniejących sposobów oznaczania stężenia cukru w moczu (Bang, Benedickt, Bertrand, Fehling, Lehman, Pavy i in.), na redukcji soli miedziowych, należy do t. zw. „mikrometod", pracujemy bowiem tylko 1 cm^3 rozczynu Fehlinga i 1—2 cm^3 moczu. Podczas, gdy w metodzie Pavy'ego ($CuSO_4$ + NH_4OH) amoniak, a w metodzie Banga — dodany w dużem stężeniu rodanek potasu (KCNS), służą do utrzymania zredukowanej soli miedziawej Cu_2O w rozczynie, to w naszej metodzie ($CuSO_4$ + NH_4CNS) rodanek amonowy, dodany celowo w końcu odczynu jako roztwór 6%-owy spełnia rolę zupełnie odmienną, zamienia żółty Cu_2O na biały osad CuCNS, który nie utlenia się w zetknięciu z powietrzem, w przeciwstawieniu do Cu_2O, który bardzo łatwo podlega wpływom tlenu; pozatem, rodanek amonowy NH_4CNS, dzięki jonowi amonowemu daje nam możność dokładnego mierzenia przebiegu i końca redukcji, gdy natomiast rodanek potasu KCNS tej własności nie posiada.

Dla uzupełnienia dodać należy, iż rodanek miedzi $Cu^{\cdot\cdot}(CNS)_2$ jest barwy czarnej i zamienia się w biały rodanek miedziawy (CuCNS), a obecność substancji redukujących, np. kwasu siarkawego, przyczynia się do natychmiastowego powstania białego osadu CuCNS z roztworów soli miedziowych i rodanków.

Ważnym więc momentem w naszej metodzie jest zamiana podtlenku miedzi Cu_2O, bezpośrednio po redukcji, na biały rodanek miedzi CuCNS. Pomimo, że CuCNS rozpuszcza się słabiej w amoniaku, niż Cu_2O; dla ilościowego oznaczania stężenia cukru w moczu metodą redukcyjną-miedziową ma to duże znaczenie, gdyż wyzwolony w obecności ługu z mocznika, aminocukru i in. prod. amoniak rozpuszcza Cu_2O i prowadzi do błędów analitycznych. Obniżenie zatem stopnia rozpuszczalności osadu w amoniaku przy metodzie, posługującej się redukcją soli miedziowej, jest czynnikiem nader ważnym.

Przechodzimy do omówienia następnego punktu teoretycznego.

Zdawałoby się, iż wprowadzenie substancji (NH_4CNS), zawierającej jon amonowy, może tylko ujemnie wpłynąć na wynik badania, gdyż do amoniaku, uwolnionego z produktów stałych moczu, dochodzi amoniak z nowowprowadzonej substancji, obniżając w ten sposób korzyść raz osiągniętą, przy zamianie Cu_2O na CuCNS. Tymczasem cały proces kształtuje się inaczej, a mianowicie: wpływ rodanku amonowego 6% zaznacza się z jednej strony w utworzeniu białej soli CuCNS, z drugiej strony, wolny jon amonowy łączy się z jonem miedzi niezredukowanej w niebieski jon sprzężony ($Cu(NH_3)_4$)", przez co cała zawartość probówki nabiera barwy niebieskiej o różnem nasileniu, stosownie do ilości niezredukowanej soli miedziowej. Zużycie soli miedziowych objawia się w odbarwieniu płynu, które oznacza zupełną redukcję. Żółtawe lub żółte zabarwienie płynu nad strąconym osadem białym CuCNS przemawia za przekroczeniem redukcji.

Należy jeszcze zaznaczyć, iż rodanek amonowy 6%, dodany w ilości od 1 do 2 cm^3 zawiera 0,0134 gr. amoniaku na 1 cm^3 rodanku amonowego, i w tak drobnej ilości stosowany, ma tylko bardzo nikły wpływ rozpuszczający na CuCNS.

Wreszcie zwrócimy uwagę na jeszcze jedno spostrzeżenie. W przypadkach, gdy zachodzi potrzeba rozcieńczenia moczu (w moczach, zawierających cukier ponad 1%), osiągamy pożądany biały osad po rozcieńczeniu nie wodą przekroploną, lecz świeżym moczem normalnym, zawierającym zawsze substancje redukujące. Pozatem ważnym jest fakt, że przy rozcieńczeniu moczem otrzymujemy stale osad żółty (wodzian podtlenku miedzi $Cu_2O + H_2O$), a nie czerwony, występujący wtedy, kiedy mocz rozcieńczamy wodą. Otóż, tylko ten wodzian żółty ($Cu_2O + H_2O$) a nie czerwony tlenek reaguje bardzo szybko z rodankiem amonowym, dając biały rodanek miedziawy. Uwolniony przy tej reakcji, jon amonowy, pozwala nam, jak już mówiliśmy, łącząc się z jonem miedziowym $Cu^{\cdot\cdot}$ na niebieski jon $(Cu(NH_3)_4)^{\cdot\cdot}$, śledzić bieg i koniec redukcji.

Część praktyczna.

Odczynniki:

1) 6,93% siarczanu miedzi (przekrystalizowany, chemicznie czysty i ściśle odważony);

2) 35 g soli Seigneta chemicznie czystej + 10 g NaOH+ 100 gr. H_2O;

3) 6% rodanek amonowy chemicznie czysty.

Sposób wykonania: Do próbówki nalewamy 1 cm^3 rozczynu Fehlinga[1]), zagotowujemy, dodajemy 0,05 cm^3 świeżego moczu nierozcieńczonego i mieszaninę utrzymujemy 30 sekund w stanie lekkiego wrzenia. Jeżeli po dodaniu tej ilości moczu[2]), redukcja była bardzo słaba, t. zn. płyn niebieski pozostał prawie bez zmiany, należy do tej samej probówki dodać ponownie większą dozę moczu, np. 0,3 cm^3, i znów gotować w ciągu 30 sekund. Jeżeli stwierdzamy obecnie zielonawo-żółte zabarwienie zawartości probówki, a zatem w rozczynie jest jeszcze niezredukowana sól miedziowa, dolewamy znowu 0,1 cm^3 moczu i ogrzewamy ponownie. Jeżeli tym razem osiągniemy wreszcie wyraźnie żółte zabarwienie zawartości probówki, względnie bezbarwny płyn[3]) nad strąconym żółtym lub czerwono-żółtym osadem Cu_2O, to uważamy, że sól miedziowa jest całkowicie zredukowana i, że ilość cukru, zawarta w dodanym moczu, wynosi tyle, ile w 0.05 cm^3 9.5% rozczynu cukru w moczu. Ponieważ dodano ogółem 0.45 cm^3, to z tego wynika, że 0,45 cm^3 danego moczu zawiera tyle, ile 0,05 cm^3 9,5% cukru, czyli stężenie cukru w danym moczu jest $0,45 : 0,05 = 9$ razy mniejsze, niż w 9,5% rozczynie, t. j. wynosi około 1%. Mocz taki odpowiada warunkom, przy których metoda ta daje najdokładniejsze wyniki, i nie powinien być rozcieńczany. Moczów o niższej zawartości cukru, nie należy również rozcieńczać. Wiedząc ze zwykłej próby jakościowej, że w danym moczu jest bardzo mało cukru, możemy skrócić próbę orjentacyjną. Zaczynamy wtedy od 0,5 cm^3 moczu, dodając większą albo mniejszą dozę jego, w zależności od stopnia redukcji soli miedziowej, aż do osiągnięcia żółtego zabarwienia mieszaniny, względnie odbarwionego płynu nad strąconym osadem Cu_2O, przyczem ilość dodanego moczu przy najmniejszej zawartości cukru w moczu, wynosi + 2 cm^3.

W celu dokładnego określenia stężenia cukru w moczu, wykonywamy próbę główną. Bierzemy 1 cm^3 rozczynu Fehlinga, ogrzewamy w probówce do wrzenia i odrazu dodajemy całą, według próby orjentacyjnej, ilość świeżego moczu potrzebną dla zupełnej redukcji (stosownie do naszego przykładu, 0,45 cm^3), i ogrzewamy dalej w ciągu 30 sekund, dbając naturalnie o to, by nie stracić najdrobniejszej cząsteczki cieczy. Po 30 sekundach gotowania wlewamy do probówki od 1—2 cm^3 6% rodanku amonowego. Rodanek amonowy zabarwia całą zawartość probówki, w razie obecności jeszcze niezredukowanej soli miedziowej, na barwę niebieską, a to z powodu powstania sprzężonej soli mie-

---

[1]) Płyn Fehlinga, składający się w równej części z płynu I i II bywa przygotowany przed samem określeniem cukru w moczu w ilości 10 cm^3.

[2]) Liczne badania wykazały, że moczów białkowych można przy tej metodzie nie odbiałczać.

[3]) Należy kierować się głównie barwą płynu. Niebieski płyn oznacza obecność jeszcze niezredukowanej soli miedzi, odbarwiony płyn — koniec redukcji, a żółtawy albo żółty — wskazuje na przekroczenie redukcji.

dziowo-amonowej, o mocniejszem zabarwieniu niebieskiem, (p. część teoretyczna). Z natężenia barwy niebieskiej wnioskujemy, ile dwuwartościowej miedzi pozostało w roczynie i ile należy dodać jeszcze moczu dla całkowitej redukcji 1 cm^3 roczynu Fehlinga. Bierzemy znów 1 cm^3 Fehlinga, zagotowujemy i dodajemy odrazu o 0,1 cm^3 moczu więcej, niż za pierwszym razem, czyli 0,45 + 0,1 i obserwujemy, po dodaniu rodanku amonowego, obie probówki na białem tle. Jeżeli tym razem notujemy bardzo blado-niebieskie zabarwienie, należy po raz trzeci powtórzyć próbę, powiększając ilość moczu o 0,05 cm^3, t. j. o jedną kroplę. Spostrzegamy wtedy, że dolewając bezpośrednio po redukcji 1—2 cm^3 rodanku amonowego, osiągamy natychmiast białe zabarwienie mieszaniny, względnie bezbarwny płyn nad strąconym białym osadem CuCNS: oznacza to całkowitą redukcję.

Obliczenie ilości cukru jest bardzo proste i polega na określeniu, ile razy stężenie cukru w danym moczu jest mniejsze, niż w 9,5% cukromoczu. Z naszego przykładu wynika, że (0,45 + 0,1 + 0,05) = 0,6 : 0,05 = 12 i 9,5 : 12 = 0,79. Innemi słowy, należy ilość dodanego moczu pomnożyć przez 20 i stały współczynnik 9,5 podzielić przez odnalezioną cyfrę. Odliczywszy od tej liczby ogólnej 0,1, t. j. ilość substancji redukujących natury niecukrowej w moczu, otrzymujemy 0,69%.

Wyżej opisaliśmy przypadek nierozcieńczonego moczu i ten bieg badania, jak już zaznaczyliśmy, tyczy się wszelkich moczów cukrowych poniżej 1%. Mocze o większem stężeniu cukru należy rozcieńczyć świeżym, normalnym moczem, możliwie o małym ciężarze właściwym, przyczem stopień rozcieńczenia uzależniamy od wyniku próby orjentacyjnej. Jeżeli przy próbie orjentacyjnej osiągamy żółte zabarwienie, względnie bezbarwny płyn nad osadem żółtym lub czerwono-żółtym, to należy mocz rozcieńczyć, następująco:

przy 0,1 cm^3 — 9,5 : 2 = 4,75, czyli w zaokrągleniu 4,5 raza
przy 0,2 cm^3 — 9,5 : 4 = 2,37, czyli w zaokrągleniu 2,5 raza
przy 0,3 cm^3 — 9,5 : 6 = 1,58, czyli w zaokrągleniu 1,5 raza i t. d.

a przy próbiej głównej dodać odrazu:

w przypadku pierwszym — 0,45 cm^3 moczu rozcieńczonego
w przypadku drugim — 0,5 cm^3 moczu rozcieńczonego
w przypadku trzecim — 0,45 cm^3 moczu rozcieńczonego

czyli około 0,45 cm^3, dążąc zawsze do otrzymania 1% roztworu cukromoczu i uwzględniając przy obliczeniu cyfrę rozcieńczenia.

Wnioski:

Przy pomocy mikrometody tej zbadaliśmy przeszło 250 moczów, sprawdzonych zapomocą polarymetru, z wynikami, zgodnymi w 25% przypadków. Pozostałe wyniki różniły się między sobą od 0,1—0,3 w moczach o zawartości od 2—9% cukru. W moczach cukrowych poniżej 2%, różnica ta wynosiła + 0,1.

Opierając się na powyższych wynikach naszych, podajemy tę szybką i prostą mikrometodę, oznaczania stężenia cukru w moczu, którą można, bez żadnych trudności, wykonać także przy łóżku chorego.

Dr. Zdzisław ŚWIDER i Dr. J. GOŻDZIEJEWSKA, Warszawa.
(przy współudziale H. GILECZEK-HACOWEJ).

O „swoistości" śródskórnego odczynu szczepionkowego w przebiegu duru brzusznego — oraz jego wartości dla celów rozpoznawczych.

Z Oddziału Chorób Wewn. Szpitala Św. Łazarza w Warszawie. Ordynator: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski.
Z Oddziału V-go Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Ordynator: Dr. W. Kowalski. — Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego. Kierownik: Doc. Dr. A. Ławrynowicz.

W roku 1927 ukazała się C. R. Soc. de Biol. praca Hababou-Sala, który, opierając się na spostrzeżeniach Rodriguez przeprowadził badania nad zachowaniem się śródskórnego odczynu szczepionkowego u chorych na dur brzuszny lub paratyfusowy. Mianowicie, wstrzyknięcie 2 milj. bakteryj (0,1 cm^3 zawiesiny, zawierającej 20 miljonów drobnoustrojów w 1 cm^3) wywołało w ciągu 12 godzin odczyn dodatni, który nie występował u ludzi dorosłych, wzgl. dotkniętych inną chorobą. Natomiast przebycie kiedyś ochronnych szczepień przeciwdurowych miało również powodować powstanie odczynu dodatniego.

Praca Hababou-Sala skłoniła nas do przeprowadzenia badań analogicznych w celu wyrobienia sobie własnego zdania w tej kwestji. Badania te wykonaliśmy na istniejących wówczas dwóch oddziałach wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza: na Oddziele Wewn. „B" P. Prof. Semerau-Siemianowskiego oraz na Oddziele Wewn. „A" P. Dra Kowalskiego. Część bakterjologiczną pracy t. j. przygotowanie szczepionki, wykonano w Miejskim Instytucie Bakterjologicznym pod kierunkiem P. Doc. Ławrynowicza, któremu zawdzięczamy również dokładne zapoznanie się z piśmiennictwem obcem w danej kwestji.

Szczepionki były przygotowane: 1) oddzielnie ze szczepów duru, pochodzących częściowo z ówczesnej epidemji, oraz 2) oddzielnie z mieszaniny szczepów paratyfusu A i B [1]). Użyto mianowicie 5 szczepów duru oraz po 2 szczepy paratyfusu A i B. Sposób przygotowania szczepionek był wzorowany na metodyce Hababou-Sala: bakterje, pochodzące z 24-godzinnej hodowli na agarze, były spłukiwane fizjologicznym roztworem soli kuchennej i zabijane formaliną; później, po sprawdzeniu jałowości, rozlewano odpowiednio zawiesinę do ampułek.

Przeszczepiliśmy wówczas, t. j. w r. 1927/28, 56 chorych już w końcowym okresie choroby, wzgl. ozdrowieńców (cały materjał durowy obu oddziałów).

Technika wstrzykiwań polegała na wykonaniu na skórze przedramienia, w kierunku od przegubu łokciowego ku nadgarstkowi, 3 bąbli śródskórnych zapomocą: zawiesiny prątków durowych, dalej mieszaniny paratyfusów A i B oraz 3-go bąbla, kontrolnego zapomocą fizjologicznegi roztworu soli kuchennej.

Wyniki otrzymaliśmy, ze względów technicznych, przeważnie po upływie 24 godzin. Jedynie w pewnej liczbie przypadków, z uwagi na to, że Hababou-Sala odczytywał wynik szczepienia do 12 godz., odnotowywaliśmy u tych chorych wygląd i wielkość odczynu dwukrotnie, t. j. po 12 i 24 godz. Ponieważ jednak te badania nie wykazały istotnych różnic, uważaliśmy za możliwe oprzeć się na wynikach, otrzymywanych po upływie doby.

Za odczyn dodatni przyjmowaliśmy, zgodnie z H.-S. występowanie zaczerwienienia, mającego przynajmniej ze 3 cm średnicy, połączonego z lekkim obrzękiem — i ostro odgraniczonego. Podobnież, jak i H.-S., otrzymywaliśmy również często odczyny o wiele większe, bo prawie wielkości dłoni.

Wyniki badań powyższych dadzą się pokrótce przedstawić w ten sposób, że odczyn dodatni wystąpił u wszystkich bez wyjątku chorych — niezależnie od wyniku próby Widala: to znaczy że szczepionka paratyfusowa wywołała zaczerwienienie i naciek skóry również u tych chorych, których surowica dała wynik ujemny na aglutynację w stosunku do pałeczek paratyfusu. Dodać należy, że odczyn poszczepionkowy był bardzo nasilony, gdyż środek pola zaczerwienienia stanowiło nacieczenie, którego średnica wahała się od paru milimetrów do centymetra; barwa tego nacieczenia była ciemniejsza od pola obwodowego. Odczyn zapalny był bardzo bolesny. H.-S. nie wspomina zupełnie w cytowanej wyżej pracy o bolesności odczynu po-szczepionkowego. Na tę bolesność odczynu pragniemy przecież zwrócić tu baczną uwagę, gdy do kwestji tej będziemy musieli jeszcze powrócić.

Przygotowana wówczas do badań szczepionka wystarczyła jeszcze do przeprowadzenia badań kontrolnych na 10 osobnikach, chorych na grypę, zapalenie wsierdzia, podostry gościec stawowy i t. p. U chorych tych, z których żaden nigdy nie chorował na dur, ani też nie przechodził szczepień ochronnych przeciwdurowych, otrzymywaliśmy: u 8 wynik ujemny na dur i paratyfusy, u 2 natomiast wynik dodatni. Z tych jeden przypadek dotyczył chorej z gośćcem stawowym, drugi — wybitnej histeryczki. Wiadomo, że u chorych na polyarth. rheum. występuje nadwrażliwość skóry na wszelkie bodźce, że odczyn tuberkulinowy wypada u nich zwykle mocno. Co się tyczy chorej drugiej, to jej podniecenie, spowodowane obawą przed próbą, uprawia nas do przypisania odruchowi psycho-wegetatywnemu decydującej roli w powstaniu odczynu dodatniego. W pierwszym przypadku odczyn był niebolesny, w drugim mieliśmy do czynienia ze skargami na „nadzwyczajną" bolesność tego odczynu; jednak bolesność ta wynikała raczej z wrażliwości osobniczej, gdyż wygląd odczynu u tej chorej nie sprawiał wrażenia tak wybitnego zapalenia skóry, jak to widzieliśmy u chorych durowych.

W każdym razie więc fakt otrzymania, wbrew twierdzeniu Hababou-Sala, odczynu dodatniego u niechorych na dur — i to w 2 przypakach na 8 ujemnych — już kazał powątpiewać o ścisłej swoistości śródskórnego odczynu szczepionkowego oraz zalecał przyznać duży udział w nim składnikowi nieswoistemu —

---

[1]) Kilka szczepów otrzymaliśmy od P. Dra Wojciechowskiego, Kierownika Pracowni Bakterjologicznej Szpitala Św. Łazarza, kilka od P. asystenta Dra Michalca, którym również na tem miejscu składamy podziękowanie.

czy to spowodowanemu, jak w powyższych przypadkach, przez ogólne przestrojenie organizmu, czy też przez wzmożenie pobudliwości układu nerwowego w zakresie nerwów naczynio-ruchowych.

Doświadczenia nasze podjęliśmy po roku (1928/29).

Mniejsza „niestety ilość chorych uniemożliwiła przeprowadzenie tych badań na większą skalę. Za to przeprowadziliśmy je już pod innym kątem widzenia, niż w roku poprzednim.

Mianowicie, idąc za radą P. Prof. Semerau-Siemianowskiego, z którym podzieliliśmy się naszemi wątpliwościami co do swoistości odczynu szczepionkowego, przeprowadziliśmy obecnie u każdego chorego dwa szczepienia właściwe (dur i paratyfusy) oraz trzy kontrolne. Z tych jedno dawne — rozczyn soli fizjol., pozostałe dwa — zapomocą zawiesiny *bact. coli*, jako pokrewnego prątkowi duru i paratyfusów, oraz *bact. prodigiosum*, jako drobnoustroju saprofitycznego. (Użyto do przygotowania zawiesiny po 2 szczepy powyższych drobnoustrojów).

Chodziło bowiem o uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy dodatni odczyn szczepionkowy na dur i paratyfusy u chorych durowych, wzgl. chorych na paratyfus, oraz brak tego odczynu (zdaniem H. Sala) u osobników innych świadczy istotnie o swoistości tego odczynu śródskórnego; czy też, być może, jest on przejawem jedynie ogólnej nadwrażliwości chorych durowych na obcorodne białko bakteryjne bez względu zatem na rodzaj drobnoustrojów.

U drugiej serji chorych durowych wykonaliśmy więc, jak już była wyżej o tem mowa, po 5 szczepień, a mianowicie: na przedramieniu prawem, idąc ku dołowi, szczepiliśmy dur, paratyfusy oraz sól fizjol., na przedramieniu lewem: *coli* i *prodig.*

Badania te były wykonane na 15 chorych durowych z wynikiem jednakowym. A mianowicie, we wszystkich przypadkach odczyn na *bact. coli* i *bact. prodig.* wypadł dodatnio, przyczem odczyn na *bact. coli* naogół był równie nasilony, jak i odczyn na dur i paratyfusy; odczyn z *bact. prodig.* naogół nie ustępował odczynowi z *bact. coli*, a w trzech przypadkach był najintensywniejszym z pośród wszystkich odczynów, a więc silniejszy nawet od odczynu na dur i paratyfusy. W porównaniu z pierwszą serją badań stwierdziliśmy mniejszą intensywność odczynów na dur i paratyfusy oraz brak specjalnej bolesności wszystkich odczynów.

Z badań tych nie wolno było jeszcze wyciągać wniosku co do wzmożenia się u chorych durowych wrażliwości na białko bakteryjne wogóle. Dlatego też wykonaliśmy jeszcze jedną serję badań kontrolnych na chorych niedurowych oraz ludziach zdrowych.

Stwierdziliśmy tutaj, że odczyn na *bact. coli* i *bac. prodig.* występuje zawsze, odczyn na dur i paratyfusy dość często. Otrzymaliśmy mianowicie odczyn dodatni na dur i paratyfusy u 7 z pośród 10 chorych, zaś u 3 z pośród 14 osobników zdrowych. Ogółem zatem odczyn dodatni na dur i paratyfusy wystąpił w tej serji badań 10 razy na 24 przypadki, w których powinien być wszędzie ujemny zdaniem Hababou-Sala. Odczyn dodatni w tych 10 przyp. wyraźnie bolesny nie był.

Ta ostatnia serja badań utrwaliła więc pierwotne wątpliwości co do swoistości śródskórnego odczynu szczepionkowego u chorych durowych, a więc przekreśliła tem samem jego wartość dla celów rozpoznawczych. Ogółem bowiem otrzymaliśmy (p. zestawienie wyników badań na poniższej tabliczce) u osobników kontrolnych II i IV serji badań odczyn dodatni w 12 przypadkach na 34, gdy powinien był on wypaść wszędzie ujemnie.

Nr. serji badań	Badani	Liczba przyp.	Wynik badań
I.	Chorzy durowi	56	We wszystkich przypadkach wystąpił odczyn dodatni na dur i paratyfusy.
II	Chorzy niedurowi	10	Odczyn powyższy — dodatni w 2 przyp.
III.	Chorzy durowi	15	We wszystkich przyp. odczyn dodatni na: dur, paratyfusy, bact. coli i bac. prodig.
IV.	Chorzy niedurowi — lub ludzie zdrowi	24	Odczyn na dur i paratyfusy dodatni w 10 przyp. Na b. coli i bac. prodig. dod. — wszędzie.

Jakkolwiek musimy, na podstawie naszych badań, odmówić śródskórnemu odczynowi szczepionkowemu wartości praktycznej, gdyż wypadł on dodatnio w $^1/_3$ przypadków, w których powinien był być wszędzie ujemny (12 na 34), przecież jednak „pewną“ swoistość on posiada. Świadczy o tem wymownie fakt, że nie był on ani razu ujemnym w 71 przyp. duru brzusznego z I i III serji badań oraz wypadł przeważnie ujemnie u (34) osobników niedurowych. Rozumie się, że od prawa biologicznego nie wolno wymagać zgodności w pełnych 100% przypadków. To też traktowalibyśmy śródskórny odczyn szczepionkowy, jako poważną metodę rozpoznawczą, gdyby odsetek wyników błędnych wahał się w granicach 2—3—5%. Trudno natomiast liczyć się poważnie z metodą, która daje nieswoiste wyniki w przeszło 30% przyp..

Wspomnieliśmy wyżej o tem, że dodatni odczyn szczepionkowy na dur i paratyfusy u chorych durowych jest, być może, wyrazem ogólnej wrażliwości chorych durowych na białko bakteryjne. Widzieliśmy w III serji badań, że otrzymujemy u chorych durowych odczyn dodatni również na *bact. coli* i *bact. prodig.* Ale te odczyny szczepionkowe wypadły również silnie u osobników kontrolnych, przeto powyższe przypuszczenie należy odrzucić.

Natomiast o pewnej swoistości śródskórnego odczynu szczepionkowego na dur i paratyfusy świadczy znowuż fakt, że odczyn ten, lubo dodatni w dużej liczbie przypadków u osobników niedurowych, wypadał tu naogół nieco słabiej, niż u chorych durowych.

Dlaczego wyniki naszych badań różnią się tak znacznie od rezultatów, otrzymanych przez Hababou-Sala, trudno nam na to odpowiedzieć. Możliwe, że wchodzą tu w grę pewne różnice we własnościach biologicznych szczepów bakteryjnych (duru i paratyfusu) oraz różnice biologiczne, konstytucjonalno-rasowe, osobników badanych, — różnice warunkujące może u nas większy udział w odczynach śródskórnych czynnika nieswoistego.

W piśmiennictwie polskiem znaleźliśmy jedną tylko pracę, poświęconą omawianemu zagadnieniu: jest to praca W. Koskowskiego z r. 1916. Autor stosował do wstrzykiwań śródskórnych zawiesinę pałeczek durowych bardziej rozcieńczoną, bo zawierającą około 1 miljona drobnoustrojów w centymetrze sześciennym, gdy nasza szczepionka, w myśl wskazówek H.-S., zawierała aż 20 miljonów pałeczek durowych w 1 cm³. Odczyn dodatni opisuje Koskowski w sposób inny, niż H.-S. Na typowy odczyn dodatni składa się według K. rozległość odczynu, szybkość powstawania oraz bolesność, zwłaszcza na dotyk.

Widzieliśmy wyżej, że H.-S., wyliczając cechy dodatniego odczynu szczepionkowego, nie uwzględnił zupełnie bolesności tego odczynu. Trzymając się początkowo ściśle określenia odczynu dodatniego według tego autora, stwierdziliśmy odczyn dodatni zarówno u chorych durowych, jak i u dużej liczby osobników kontrolnych, co przekreśliło ścisłą swoistość tego odczynu. Nasuwało się więc obecnie przypuszczenie, że byłoby może bardziej racjonalnem stosować się przy odczytywaniu wyników do wskazówek Koskowskiego. I rzeczywiście, uwzględnienie czynnika bólu każe nam uznać za odczyny ujemne (rzekomo dodatnie) wyniki, otrzymane u osobników kontrolnych, ale ..... na tem nie koniec. Bowiem wyraźny odczyn bólowy wystąpił nie u wszystkich naszych chorych durowych: był on takim u chorych z epidemji r. 1927/28, wzgl. bezbolesny u chorych z epidemji r. 1928/29.

Trzymając się zatem początkowo określenia dodatniego odczynu szczepionkowego według Hababou-Sala, znaleźliśmy częste występowanie tego odczynu u osobników niedurowych; stosując obecnie określenie odczynu dodatniego według Koskowskiego, otrzymujemy natomiast sporą liczbę odczynów ujemnych w durze! A zatem i uwzględnienie czynnika bólu nie ratuje ścisłej swoistości omawianego odczynu śródskórnego.

Zresztą, studjując uważnie pracę Koskowskiego, znajdziemy pewne sprzeczności w określaniu odczynu dodatniego w poszczególnych przypadkach. Bowiem raz określa K. występowanie „lekkiego zaczerwienienia bez najmniejszego bólu (!)“, jako reakcję pozornie dodatnią, innym razem znowuż, jako odczyn słabo dodatni. Ale jak określić odczyn w postaci silnego i znacznego zaczerwienienia z pewną lub wątpliwą bolesnością, jak to było często w naszych przypadkach? Wniosek stąd prosty, że i czynnik bólu nie może decydować o rodzaju odczynu. Lekarz-praktyk, chcąc zastosować metodę wstrzykiwań śródskórnych szczepionki durowej i paratyfusowej dla celów rozpoznawczych, byłby nieraz w kłopocie, czy traktować dany odczyn, jako silny odczyn nieswoisty, czy też jako słaby dodatni.

Reasumując zatem wyniki naszych badań i rozważań, powiemy, co następuje: odczyn śródskórny ze szczepionką durową i paratyfusową jest wprawdzie wyraźnie bolesny w większości przy-

padków duru brzusznego i nigdy w tym stopniu bolesny, wzgl. jest niebolesny u osobników kontrolnych, co przemawia znowuż za pewną jego swoistością, — jednak fakt występowania u osobników kontrolnych wyraźnego odczynu miejscowego (rozległość i stopień zaczerwienienia) oraz konieczność uwzględniania przy odczytywaniu odczynu czynnika tak subjektywnego, jakim jest wrażenie bólu — nie pozwala na zastosowanie omawianej metody dla pewnego rozpoznawania duru brzusznego w praktyce codziennej.

Bardziej racjonalną natomiast i nadającą się do celów rozpoznawczych wydaje się, na podstawie przeglądu odnośnego piśmiennictwa, podana przez Głuchowa metoda śródskórnego wstrzykiwania nie zawiesiny pałeczek durowych, a ich endotoksyny, otrzymanej zapomocą autolizy tych bakteryj (0,1 cm³). Według Głuchowa odczyn dodatni jest tu ściśle swoisty, gdyż nie występuje on zupełnie u ludzi zdrowych lub chorych na inne cierpienia (ale nie szczepionych kiedyś ochronnie). Odczyn ten wypada stale dodatnio u osobników zdrowych, chorych lekko lub średnio ciężko, — natomiast jest ujemny u ciężko chorych durowych; ale i tutaj początkowy odczyn ujemny przechodzi w dodatni w miarę poprawy stanu chorych, wzgl. ich zdrowienia. Ponieważ odczyn śródskórny z endotoksyną (0,1 cm³) wypada dodatnio również u nosicieli bakteryj, przeto posiada zdaniem Gł. duże znaczenie dla wyszukiwania tych nosicieli. Głuchow podkreśla, że odczyn śródskórny może być stosowany do celów djagnostyki różniczkowej (dur osutkowy, grypa), gdyż wypada dodatnio wcześniej od próby Widala.

W pracy swej wspomina Gł. o badaniach W. M. Kendricka z r. 1923, który stosował odczyn śródskórny u chorych durowych oraz nosicieli bakteryj, wstrzykując zawiesinę bakteryj w ilości od 0,2 do 0,8 cm³. Wg. Kendricka odczyn dodatni występował tu z reguły i ma być ściśle swoisty. Ponieważ Głuchow o badaniach Kendricka dowiedział się dopiero później, przeto własnego doświadczenia pod tym względem nie ma. Pracy K. nie znał również Hababou-Sala, którego publikacja była dla nas bodźcem do wykonania niniejszej pracy. Dlatego też, niestety, nie mogliśmy skontrolować metody K. na naszych chorych drogą wstrzykiwania im doskórnie zarówno 0,1 cm³ zawiesiny pałeczek durowych (Rodriguez i Hababou-Sala), jak i 0,2—0,8 cm³ (Kendrick), oraz porównania następnie wyników osiągniętych temi dwoma sposobami. Przypuszczamy jednak, że skoro śmy otrzymali sporą liczbę odczynów dodatnich tam, gdzie powinny one były wypaść ujemnie, przy stosowaniu zaledwie jednej kropli (0,1 cm³) szczepionki, to tembardziej należałoby spodziewać się odczynów nieswoistych przy wstrzykiwaniu o wiele większych ilości białka bakteryjnego według metody Kendricka.

Alisow i Morozkin sprawdzili badania Głuchowa i w zupełności je potwierdzili. Zdaniem tych autorów odczyn śródskórny z endotoksyną durową jest dla celów rozpoznawczych równowartościowy z odczynem Widala, a stoi odeń wyżej ze względu na wcześniejsze występowanie. Dowodem swoistości odczynu jest fakt, iż wystąpił on zaledwie w 5 przypadkach na 158 kontrolnych, które dotyczyły chorych z innemi sprawami gorączkowemi. Według Czertkowa antygen, znajdujący się w autolizacie pałeczek durowych i dający odczyn śródskórny, jest identyczny z zawartą w tym autolizacie substancją precypitynogenną.

Prawie jednocześnie z pracą Głuchowa ukazała się praca Costa', Boyera i Girand'a, którzy stwierdzili swoistość odczynu śródskórnego z toksyną buljonową, a więc tym razem nie z autolizatem wodnym, a z przesączem hodowli buljonowych.

Streszczenie.

1) Badania, przeprowadzone na 71 chorych durowych, dały we wszystkich przypadkach odczyn dodatni na śródskórnie wprowadzoną szczepionkę durową i paratyfusową.

2) U chorych z innemi cierpieniami oraz u osobników zdrowych, którzy nie przechodzili kiedyś ochronnych szczepień przeciwdurowych, ogółem u osób 34, odczyn ten wypadł dodatnio w 12 przypadkach.

3) Ze względu na duży odsetek tych odczynów nieswoistych w grupie drugiej musimy odmówić śródskórnemu odczynowi z zawiesiną pałeczek durowych oraz paratyfusowych zarówno ścisłej swoistości, jak i wartości praktycznej dla celów rozpoznawczych.

4) Ponieważ zarówno u chorych durowych, jak i u osobników kontrolnych wypadł dodatnio odczyn z zawiesiną *bact. coli* i *prodig.*, przeto wnioskujemy, że w przebiegu duru brzusznego nie mamy do czynienia z jakiemś specjalnem uczuleniem ustroju (skóry) na obcorodne białko bakteryjne.

Piśmiennictwo.

1) Hababou-Sala: C. R. Biol., tom 96, Nr. 4, str. 279, r. 1927. — 2) Rodriguez: Przyt. wg. Goldberg i Parisset. Paris médic. Nr. 2, str. 37, r. 1927. — 3) Koskowski W.: „Odczyn skórny w durze". Gaz. Lek. str. 313, r. 1916. — 4) Głuchow: Profiłakticzeskaja Medicina, Nr. 12, str. 14, r. 1926. — 5) Alisow i Morozkin: Mikrobiołogiczeskij Żurnał, tom IV, zesz. 1, str. 45, r. 1927. — 6) Czertkow: Mikrobiołog. Żurn., tom VIII, zesz. 1, str. 45, r. 1929. — 7) Costa, Boyr i Girand: C. R. Soc. Biol., tom 92, Nr. 2, s. 93.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

J. KOSTRZEWSKI i W. BOBRZYŃSKI. Kraków.

O chorym na dermatomyositis.

Z oddziału zakaźnego Państw. szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Dermatomyositis jest jedną z postaci *polymyositis.*

Pod nazwą *polymyositis* rozumiemy schorzenie, które cechują objawy ze strony mięśni. Zależnie od tego, czy będą zajęte tylko niektóre mięśnie szkieletowe, czy wszystkie, czy obok szkieletowych — co jest mniej częstem — ulegną schorzeniu także mięśnie przełyku, przepony i serca, obraz chorobowy będzie się różnie przedstawiał i będzie różny brał obrót. Ból w mięśniach prowadzi odruchowo do ograniczenia, względnie do zaburzenia ich czynności. Z tego powodu mogą być chorzy mniej lub więcej unieruchomieni. Dalej mogą cierpieć z powodu trudności w przełykaniu i z powodu wymiotów, mogą okazywać zmieniony sposób oddechania, i mogą odczuwać dolegliwości ze strony serca. Ból w mięśniach szkieletowych przy zachowaniu spokoju zmniejsza się lub znika. Na dotyk jednak mięśnie są mniej lub więcej bolesne. Dotykiem przekonujemy się o większej jędrności mięśni, od tej, którą się stwierdza w warunkach prawidłowych. Choroba się zaczyna bądź powolnie, bądź nagle. Początkowo zjawiają się bóle tylko w pewnej grupie mięśni. Stopniowo rozprzestrzeniają się coraz więcej, nieraz na cały układ mięśniowy. Równocześnie z bólem mięśni zjawia się gorączka. Nie przedstawia nic swoistego. Zazwyczaj dochodzi wysokiego stopnia. Choroba ciągnie się całymi miesiącami, przyczem zmiany w jednych mięśniach ustępują, a w drugich się zjawiają. Choroba nierzadko kończy się śmiercią. Ci z chorych, którzy zdrowieją — zdrowieją niezawsze na stałe. Nie trudno bowiem o nawroty. Mięśnie pod względem anatomicznym przedstawiają częściowo obraz zwyrodnienia, częściowo stan zapalny.

Aczkolwiek piętno chorobie nadają objawy ze strony mięśni, to jednak zmiany nie ograniczają się wyłącznie do nich. Równocześnie może się pojawiać nieżyt błony śluzowej (jama ustna, gardziel, krtań). Skóra pokrywająca dotknięte schorzeniem mięśnie brzęknie. Na skórze występują wysypki różnego rodzaju. Prócz tego przychodzi do zapalenia nerwów. Często powiększeniu ulega śledziona. Czasem toczy się sprawa zapalna na błonach surowiczych i na wsierdziu. Zależnie od stopnia nasilenia objawów, ze strony tego lub innego narządu mówimy o muco — dermato-neuro-myositis. Przyroda schorzenia jest nieznana. Jedni mówią, że chodzi o gościec, drudzy domyślają się zakażenia tym lub innym zarazkiem. Chorych na *polymyositis* widuje się rzadko. Opisy objawów i zmian spotykanych u nich, różnią się nieraz znacznie od siebie. Nasz chory przedstawiał następujący obraz:

W. Ch. lat 30, przyjęty do szpitala dnia 2 lipca 1929 r. podaje: W siódmym roku życia miał przechodzić „zapalenie mózgu", po którem pozostało upośledzenie słuchu na uchu lewem. W osiemnastym roku życia miał chorować na dur brzuszny. Innych chorób nie przechodził. Także gośćca stawowego. Osobno gościec stawowy wymieniamy dlatego, by przy rozpatrywaniu obrazu klinicznego, nie było pod tym względem żadnych wątpliwości. Nie palił, wyskoku nigdy nie nadużywał. Jest żonatym, ma czworo zdrowych dzieci. Pracuje jako górnik w kopalni węgla, w środowisku bardzo wilgotnem, od ośmiu lat.

Obecna choroba rozpoczęła się 7 czerwca b. r. W tym dniu po przebudzeniu się rano, poczuł bóle w mięśniach. Chory podkreśla, że go nie bolały ani stawy, ani ścięgna. Bóle rozpoczęły się w kończynach górnych, najpierw w lewej, później w prawej, następnie przeszły do mięśni klatki piersiowej, a wreszcie do mięśni kończyn dolnych. Mimo że mu bóle dokuczały, zrazu mógł jeszcze pracować. Dnia 11 czerwca dostał bólu gardła, który się utrzymywał przez dwa dni. Wieczorami gorączkował do 38° C. Z porady lekarza płukał gardło i zażywał jakieś środki napotne. Mniej więcej z końcem tygodnia trwania choroby, wykąpał się w bardzo gorącej wodzie, zażywszy przedtem środek napotny. Po kąpieli zauważył na skórze twarzy, szyi, karku, na piersiach

w okolicy podobojczykowej, na przedramieniu jednem i drugiem, wysypkę, która się częściowo do dziś utrzymuje. Bóle mięśniowe coraz bardziej przybierały na nasileniu, tak że mu nie dawały spać, a ostatnio go unieruchomiły. Z powodu rwących bólów w mięśniach, skutkiem których nie jest w stanie się poruszać, zgłasza się do szpitala. Podaje, że bóle się szczególnie nasilają przed deszczem i podczas niego. Za przyczynę choroby uważa wilgotne środowisko, w którem pracuje.

Początek i rozwój choroby podaje W. Ch. drobiazgowo. Trwa to dłuższą chwilę. Przez cały ten czas leży, jakby bezwładny. Jak z poprzedniego łatwo się domyśleć, pochodzi to stąd, że każdy ruch, choćby bierny, wywołuje bóle w mięśniach, — zwłaszcza w mięśniach kończyn górnych i w mięśniach klatki piersiowej. Bóle w mięśniach kończyn dolnych są daleko mniejsze. Chory słysząc, że robi na otoczeniu wrażenie siłacza (ze względu na grubość powłok klatki piersiowej i obwody kończyn górnych, przedewszystkiem ramion) zwraca uwagę, że jakkolwiek jest dobrze zbudowanym, to jednak szczupłym. Obecny zaś wygląd nie jest mu właściwym. Tłumaczy go sobie tem, że „spuchnął" w czasie choroby. I rzeczywiście, przyglądając się choremu, nie widzimy obrysów mięśni ani klatki piersiowej, ani obrysów mięśni kończyn górnych. Skóra karku, klatki piersiowej i kończyn górnych jest gładka, lśniąca, napięta, pokryta porozszerzanemi żyłami, zwłaszcza na przedramieniu lewem. Prócz tego na karku, w okolicy rękojeści mostka i w okolicy nad- i pod-obojczykowej po stronie prawej i lewej, spostrzega się wykwity barwy różowej, o brzegach nieregularnych. Wykwity nie wznoszą się nad poziom skóry prawidłowej; miejscami się ze sobą zlewają. Wysypka jak wiadomo miała powstać po kąpieli.

Badanie chorego jest bardzo utrudnione, gdyż każdy ruch tak czynny, jak bierny, sprawia choremu bóle w mięśniach, zwłaszcza klatki piersiowej i kończyn górnych. Co więcej na dotyk wcale nie silny, chory doznaje znacznego bólu w obrębie karku, klatki piersiowej i kończyn górnych. Pod palcem się wyczuwa, że części miękkie karku, grzbietu, klatki piersiowej i kończyn górnych są niezwykle grube i nader jędrne. Po ucisku ani na klatce piersiowej ani na ramionach nie przychodzi do zagłębienia, natomiast na przedramieniu jednem i drugiem udaje się uciskiem wywołać ślady w postaci wklęsnięć. Powłoki brzuszne i kończyny dolne są na dotyk tylko nieznacznie bolesne. Skóra w tych okolicach ma wygląd prawidłowy. Uda jednak pod palcem robią wrażenie nieco obrzękłych. Między wymiarami klatki piersiowej i kończyn górnych z jednej strony, a obwodem okolicy bioder i kończyn dolnych z drugiej strony, uderza niestosunek. Górna część ciała jest nieodpowiednio silniej „rozwinięta" niż część dolna. Węzły chłonne karkowe, szyjne, pachowe, pachwinowe, dochodzą wielkości ziarna grochu. Wszystkie, z wyjątkiem pachwinowych, są na dotyk bolesne. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i gardzieli żywo czerwona. Na języczku kilka czopków ropnych, wielkości ziarna prosa. W płucach zmian brak. Stłumienie serca w granicach prawidłowych. Nad końcem szmer skurczowy. Czynność serca prawidłowa; na minutę około 80 uderzeń. W przewodzie pokarmowym nie stwierdza się nic nieprawidłowego. Wątroba niemacalna. Śledziona twarda; wyczuwa się ją $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego. Układ nerwowy bez zmian. Ruchy głowy dookoła osi pionowej prawidłowe. Natomiast zginanie głowy ku przodowi i przeginanie ku tyłowi, upośledzone z powodu bólu w mięśniach.

Jak w wywiadach, i jak przy pierwszem badaniu chorego, tak przez cały czas jego pobytu w szpitalu, na czoło dolegliwości i wszystkich objawów, wysuwały się przypadłości i zmiany ze strony mięśni i skóry. Bóle mięśniowe, na które w dniu przyjęcia, chory się skarżył przedewszystkiem w obrębie klatki piersiowej i kończyn górnych, stopniowo objęły także, względnie uległy nasileniu także, w okolicy krzyża i w kończynach dolnych. Równocześnie zmienił się wygląd tych części ciała. Zyskały na wymiarach. Stało to się skutkiem nabrzmienia mięśni i skóry. Obrzęk miejscami był twardy, miejscami ciastowaty. Stawy i ścięgna, podobnie jak w obrębie tułowia i kończyn górnych, przedstawiały się prawidłowo. Dolegliwości w mięśniach to zwalniały, to nasilały się, i to nieraz do tego stopnia, że odbierały choremu sen. Co więcej, chory z powodu bólu mięśni, był przez pewien czas pobytu w szpitalu, do tego stopnia unieruchomiony, że się go musiało karmić. Nie był bowiem w stanie, sięgnąć do ust ręką, ani jedną ani drugą. 13-go lipca dołączyły się jeszcze bóle głowy i wymioty.

Taki stan przedstawiał chory do 15 lipca. Od tego dnia, objawy schorzenia zaczęły powolnie, ale stale ustępować. Przedewszystkiem znikały bóle. Nasamprzód występujące samoistnie, następnie powodowane ruchem, a wreszcie wywoływane dotykiem. Stopniowo cofała się wysypka. Chory przez kilka dni silnie się pocił i dużo oddawał moczu. Dotychczas przygnębiony swym stanem z każdym dniem czuł się lepiej, i zaczął myśleć o pójściu do domu. Jadał bardzo dużo. W wyglądzie jego zaszła zmiana. Chory zeszczuplał. W jakim stopniu zeszczuplał, o tem można sobie wyrobić zdanie, z różnicy jaka zaszła w obwodach kończyn górnych (tabl. I) i kończyn dolnych (tabl. II), i ze spadku wagi ciała (tabl. III).

Tabl. I. Kończyny górne:

Dnia	prawe				lewe			
	ramię	przedramię w różnych wysokośc.			ramię	przedramię w różnych wysokość.		
3. VII	33	32	30	24·5	33	32·5	29·5	23
14. VII	36·5	33	32	27	36	33	31	23·5
25. VII	26·5	25·5	25·5	22	26	24·5	21	20·5

Tabl. II. Kończyny dolne:

Dnia	prawe		lewe	
	udo	podudzie	udo	podudzie
3. VII	51	—	51	—
11. VII	58	40	58	39
25. VII	44·5	32·5	45	33·5

Uwaga: W tabl. I pod datą 14. VII., w tabl. II pod datą 11. VIII., podane są obwody największe, jakie stwierdzono u chorego.

Szczególnie spadek wagi ciała jest wymownym. Chory w ciągu 12 dni stracił 23 kg 400 g! W miarę ustępowania bólów mięśniowych, chory nie tylko że się swobodnie poruszał w łóżku, ale próbował także chodzić o lasce. Wymioty jednak nie ustępowały. Śledziona była nadal twarda, $1^1/_2$ palca macalna poniżej łuku żebrowego. Szmer skurczowy nad końcem serca utrzymywał się bez zmiany. Dnia 25 lipca W. Ch. opuścił szpital na własne żądanie. Postąpił tak, mimo że sobie zdawał sprawę z tego, że do pierwotnego stanu zdrowia jeszcze nie powrócił.

Skreślony obraz kliniczny u W. Ch., uzupełniamy następującemi szczegółami:

W dniu przyjęcia stwierdzało się w moczu śladzik białka (kw. sulfosalicylowym); pozatem skład moczu był prawidłowy. Dnia 8 i 9 lipca mocz zawierał białka nieco więcej, a prócz tego krew (próba pyramidonowa). W osadzie były krwinki białe, krwinki czerwone, śluz, komórki płaskie, kilka wałeczków szklistych i szklisto-ziarnistych. Dnia 10 i 11 lipca próba pyramidonowa była ujemna, a białka tylko śladzik (kw. sulfosalicylowym). W osadzie stwierdzało się tylko po kilka w polu widzenia krwinek białych i czerwonych. Śladzik białka (kw. sulfosalicylowym) utrzymywał się do 17 lipca — potem mocz nie zawierał żadnych składników nieprawidłowych, także w osadzie.

W czasie od 2 do 9 lipca szczepiono kilkakrotnie krew na różne pożywki. Krew każdym razem okazała się jałową. Badanie własności zlepnych surowicy na szczepy: X. 19. typhi, b. paratyphi a, b, c, i pałeczkę Banga, dało wynik ujemny. Dnia 5 lipca szukano za pasorzytami zimnicy; — nie znaleziono ich. Dnia 12 lipca wykonano odczyn Wassermanna i Meinicke'go w surowicy krwi; — jeden i drugi wypadł ujemnie. Leukocytozę oznaczono kilkakrotnie; ilość krwinek białych wahała się od 6,600 do 9,200. Z pośród różnych postaci krwinek białych, należy podnieść zachowanie się eozynochłonnych. Stanowiły 1% — 5% ogólnej ilości krwinek białych. Zachowanie się ilości białka w surowicy i zachowanie się krwinek czerwonych podano w tabl. III.

Dnia 11 lipca dokonano nakłucia lędźwiowego. Płyn mózgowordzeniowy szczepiony na pożywki, okazał się jałowym. Badaniem chemicznem (białko, globuliny) i mikroskopowem, nie stwierdzało się w nim nic nieprawidłowego.

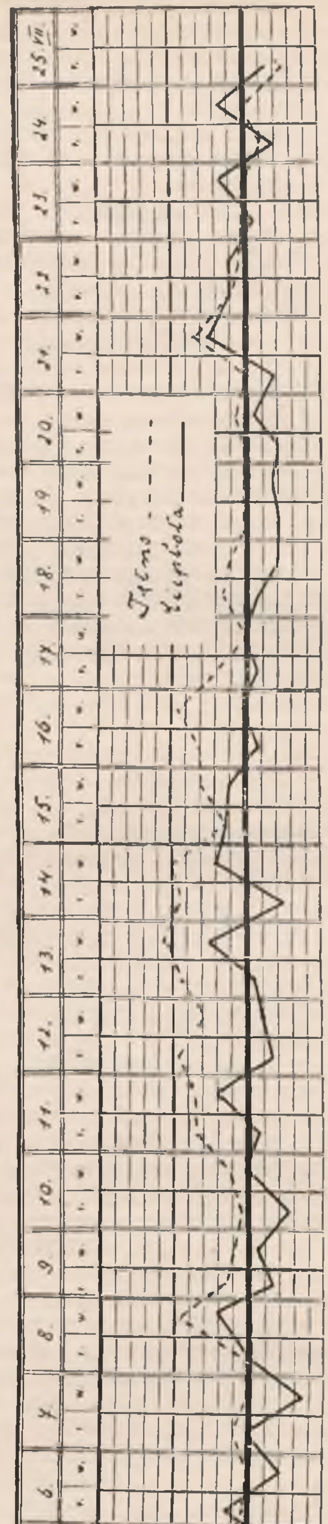
Dnia 12 lipca próbowano pobrać krew z żyły łokciowej lewej. To się nie udało. Z miejsca ukłucia igły wypływała ciecz przejrzysta, żółtawa, lekko opalizująca. Po kilku minutach powstawał w niej wiotki skrzep. Ciecz ta zawierała 2,01% białka.

Dnia 13 lipca przeprowadzono badanie prądem elektrycznym, zarówno przerywanym jak stałym, tak mięśni jak nerwów. Wykazało obniżoną pobudliwość bez znamion zwyrodnienia. Bada-

Tablica III.

Dnia	ilość dobowa moczu	w dobowej ilości moczu: ciężar gatunkowy	% chlorków	chlorki w gramach	ilość wypitych płynów	ilość wody w pokarmach stałych	% białka w surowicy krwi	ilość krwinek czerwonych	waga ciała
12. VII	—	—	—	—	—	—	5·36	4,775,000	—
13. VII	—	—	—	—	—	—	—	—	84,500
14. VII	1,800	—	—	—	—	—	—	—	—
15. VII	1,800	1012	0·10	1·80	1,600	—	—	—	—
16. VII	3,800	1010	0·39	14·82	2,600	—	5·49	5,000,000	80,000
17. VII	4,360	1013	0·91	39·67	2,350	—	—	—	—
18. VII	3,900	1011	0·71	27·69	1,230	620	—	—	—
19. VII	3,240	—	—	—	1,250	603	—	—	72,450
20. VII	3,600	1014	—	—	1,200	600	—	—	—
21. VII	2,000	1015	0·33	6·60	750	116	—	—	—
22. VII	1,850	1020	0·64	11·84	900	379	—	—	—
23. VII	1,600	1023	1·02	16·32	980	350	7·83	5,090,000	63,700
24. VII	1,500	1022	0·88	13·20	750	245	—	—	—
25. VII	—	—	—	—	—	—	8·28	4,880,000	61.100

Uwaga: Płyny w pokarmach stałych obliczano według tablic Schall'a i Heisler'a.



Tablica IV.

nie prądem elektrycznym powtórzono dnia 23 lipca. Pobudliwość aczkolwiek była jeszcze obniżoną, to jednak w mniejszym stopniu niż przy pierwszem badaniu.

Od 12 do 19 lipca odruchy kolanowe były zniesione.

Siła mięśniowa w dniu przyjęcia, wynosiła: w ręce prawej 15 —, w ręce lewej 5 — klgrmmometr. W miarę poprawy ogólnego stanu chorego, siła mięśniowa stopniowo wzrastała, tak, że w dniu, w którym W. Ch. opuszczał szpital, dosięgła w prawej ręce 55 —, a w lewej 45 — klgrmmometr.

Że nie wycięto próbek włókien mięsnych dla zbadania histologicznego, na to się złożyły różne okoliczności.

Opisane objawy u W. Ch. składają się na obraz dermatomyositis. Dermatomyositis, bo nie było schorzałej grupy mięśni, bez równoczesnych zmian pokrywającej je skóry. Mówiąc w tem miejscu o zmianach w skórze, mamy na myśli nie wysypkę, lecz obrzęk skóry. Wysypka bowiem, od chwili przyjęcia chorego do szpitala, nie rozprzestrzeniała się, ograniczając się tylko do opisanych okolic. Obrzęk skóry — jak wyżej podniesiono — był miejscami tak twardy, że ugniataniem nie udawało się wywołać zagłębienia. W innych miejscach znowu, obrzękła skóra była podatna na ucisk, ciastowata. Schorzeniem nie były dotknięte mięśnie i skóra, głowy owłosionej i twarzy, oraz rąk i stóp. Pozatem schorzeniu uległy prawie wszystkie mięśnie szkieletowe, nierównie silniej mięśnie kończyn górnych i klatki piersiowej, niż mięśnie powłok brzusznych i kończyn dolnych.

Ze względu na to, że u naszego chorego nie było zaburzeń w oddechaniu, wnosimy, że mięśnie oddechowe nie były zajęte.

Kiedy się gorączka zjawiła? Dokładnie tego podać nie umiemy. Zachowanie się jej w czasie pobytu chorego wszpitalu, przedstawia tabl. IV.

Nawiązując do wymiotów, które choremu dokuczały od 13 lipca, myśleliśmy zrazu, że przyszło do nich w następstwie nakłucia lędźwiowego, wykonanego dnia 11 lipca. Skoro jednak wymioty utrzymywały się niemal aż do wyjścia chorego ze szpitala, przypuszczenie to musiało upaść. Wobec tego zaś, że nie można było znaleść dla nich żadnej innej przyczyny, należy przyjąć je w naszym przypadku, za jeden z objawów dermatomyositis.

Z narządów wewnętrznych stwierdzało się zmiany organiczne niezawodnie w śledzionie. Jakiej przyrody był szmer skurczowy nad końcem serca, tego nie jesteśmy pewni? Zadrażnienie nerek, na które wskazują składniki moczu 8 i 9 lipca, uważamy za następstwo działania *natrium salicylicum*. Środka tego, chory wyżył w ciągu 7 i 8 lipca 16 gr. Po odstawieniu *natrium salicylicum* mocz okazywał własności, jak je wyżej podano.

Kończąc na tem opis choroby W. Ch., dodajemy, że leczenie polegało na podawaniu doustnem 0,03 *morph. muriat.*, 3 × dziennie. *Natrium salicylum* odstawiono po dwóch dniach, bo bo chory nie znosił.

Wiadomo, że W. Ch. opuścił szpital w stanie znacznej poprawy. Mimoto losy jego nie są pewne. Nie są pewne dlatego, bo często przychodzi do nawrotów choroby. A dermatomyositis jest ciężką postacią polymyositis, postacią, która w 50% prowadzi do śmierci.

Dr. Józef ALEKSIEWICZ. Lwów.

Leczenie złamań kości ramieniowej przy pomocy szyny Slajmer-Liebleina.

Odczyt w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem,

Ciąg dalszy.

Szpital W. P. „Technika“, Lwów. Plutonowy Warcal Edward. Lat 41. Odcinek 3-ci Kleparów. Zamieszkały we Lwowie, ul. Kleparowska L. 3.

Rozpoznanie: *Fractura complicata comminutiva humeri dextri.*

Wywiady: Raniony dnia 15. XI. 1918 w czasie walk o Lwów kulą karabinową. Przestrzał ramienia prawego w 1/3 dolnej, dostarczony na oddział nie długo po zranieniu w szynie prowizorycznej.

Stan obecny dnia 15. XI. 1918: Kończyna prawa górna wykazuje nieprawidłową ruchomość tuż nad stawem łokciowym, przy poruszaniu wyczuwa się wyraźne tarcie odłamków o siebie. Kierunek przestrzału skośny, od przodu po stronie wewnętrznej ku tyłowi po stronie zewnętrznej w 1/3 dolnej ramienia. Okolica przestrzału bolesna, obrzękła, rana wstrzałowa wielkości kalibru kuli karabinowej, wystrzałowa zaś nieco większa. Z obu ran wypływa przy badaniu krew.

Zdjęcie roentgenowskie (ryc. 23) wykazuje przesunięcie odłamka górnego ku tyłowi, przerwanie ciągłości kości na przestrzeni około dwu centymetrów, a w częściach miękkich liczne drobne odłamki kostne. Ciepłota ciała w czasie badania normalna.

Leczenie: Po zaopatrzeniu aseptycznem ran ustalono złamanie na szynie Liebleina. Dnia 20. XI. 1918. Ciepłota ciała z dnia na dzień powiększa się, obrzęk i zaczerwienienie okolicy rany b. znaczne, z tego powodu zrobiono rewizję rany w uśpieniu morfinowo-eterowem odsłaniając cięciem biegnącem po stronie zewnętrznej ramienia jamę postrzału. Natrafiono na ropienie i usunięto odłamki pozbawione okostnej i tylko te, które luźno tkwiły. Całą ranę zdrenowano sączkiem gumowym.

Dnia 23. XI. 1918. Codzienne opatrunki i przepłukiwania płynem Dakina na przemian z rozczynem wody utlenionej. Silny obrzęk przedramienia utrzymuje się. Ciepłota ogólna ciała wieczorami 39,5 najwyższa. Wstrzykiwania dożylne elektralgolu, soli fizjologicznej dwa razy dnia po 500 g. Dnia 28. XII. 1918 nacięto ropień w górnej części przedramienia prawego po stronie łokciowej i przedłużono to cięcie aż na ramię po stronie tylnej poza wyrostek łokciowy w górę, skąd powstał zaciek ropny. Jamę ropnia zdrenowano.

Dnia 5. I. 1919. Ciepłota ciała ogólna dochodzi wieczorami do 38,8°, obrzęk przedramienia mniejszy, nasilenie objawów zapalnych mniejsze.

Dnia 6. I. 1919 założono wyciąg plastrowy celem wyrównania wygięcia jakie powstało w miejscu złamania.

Dnia 16. I. Wydzielina z ran obfita, obrzęk zmalał, ciepłota nie przekracza wieczorami 38°, stan ogólny dobry.

Dnia 8. II. 1919. Usunięcie drenów skracanych przy opatrunkach. Wygięcie kątowate w dolnej części kości ramieniowej wyrównane. Rana wydziela miernie. Ciepłota ciała normalna.

Dnia 1. III. rany zagojone, pokryte strupami wilgotnemi, opatrywanie ran odbywa się przez okienka wycięte w opatrunku sztywnym (gipsowym), tak, że cała kończyna mocno ujęta jest opatrunkiem.



Ryc. 23.

Dnia 19. III. Zdjęto cały opatrunek celem obmycia i oczyszczenia skóry. Przy tej sposobności stwierdzono słaby zrost obok całkowitego zesztywnienia w stawie łokciowym. Założono świeży opatrunek ustalający Liebleina i na prośbę chorego pozostawiono w opiece domowej.

W maju 1919 stwierdzono silny zrost. Zdjęcie niezrobione wówczas z powodu braku płyt i rezerwowania małego ich zapasu dla przypadków koniecznych. Chory zaczął leczenie fizykalne a obok tego wziął się do pracy fizycznej na oddziele. Z dnia na dzień ruchy stawały się w łokciu co raz pełniejsze, chory bowiem koniecznie ruchy chciał uzyskać i współpracował bardzo pilnie.



Ryc. 24.

W maju 1927 zgłosił się chory do mnie z prośbą o poświadczenie jego zranienia i leczenia, skarżąc się, że zasiłek inwalidzki odebrano mu zupełnie. Stan jaki po 9-ciu latach od czasu zranienia znalazłem przedstawia rycina 24 i 25. Zdjęcia roentgenowskie które wykonał kol. Meisels okazują jak bardzo znaczną jest siła regeneracyjna tkanki kostnej. (Ryc. 26 i 27).

Szpital W. P. „Technika", Lwów. Proć Katarzyna lat 42, gr. kat. Przyjęta dnia 8. V. 1919. wypisana 17. VII. 1919.

Rozpoznanie: *Fractura complicata humeri dextri.*

Wywiady: Ranna w czasie bitwy przypadkowo dnia 17. IV. 1919. we wsi Kozielnikach obok Lwowa. Zgłosiła się dnia 21. IV. 1919 z powodu wzmagających się bolów, nie uszynowana.



Ryc. 25.
Ruchy w stawie łokciowym po 9-ciu latach, złamania kości ramieniowej widocznego na rycinach 23, 26, 27. — (Edward Warcal).



Ryc. 26.

Stan obecny: Kończyna górna prawa od barku do łokcia obrzękła, bolesna, w połowie długości nieprawidłowo ruchoma przyczem wyraźne tarcie odłamków wyczuwa się. Po zewnętrznej stronie mięśnia naramiennego tuż prawie przy dolnym przyczepie rana wstrzałowa wielkości kalibru kuli karabinowej o brzegach przyschniętych. Rana nie wydziela. Wystrzału niema, pocisk tkwi.

Ranna w 8-mym miesiącu ciąży. Prześwietlenie roentgenem wykazuje tkwiący pocisk ostro zakończony po stronie wewnętrznej mięśni ramienia prawego i złamanie kości ramieniowej na granicy środkowej i $^1/_3$ dolnej długości, z przemieszczeniem odłamka dolnego ku tyłowi tak, że wytworzył się kąt rozwarty pomiędzy górnym a dolnym odłamkiem, którego wierzchołek zwrócony jest ku tyłowi. Wygięcie to spowodowane jest przez działanie chustki w jakiej chora rękę ustaliła. Założono opatrunek aseptyczny i okład wysychający, a kończynę ustalono w szynie Slajmer-Lieblcina.

Dnia 9. V. 1919. Chorej co 4 dnie zmieniano okłady pod ceratką nie zdejmując kończyny ze szyny ustalającej. Od kilku dni chora gorączkuje, dreszcze, i wzmożenie bólów. Najwięcej dokucza chorej ucisk opatrunku na brzuchu. Przy badaniu zauważono wydobywanie się z rany wstrzałowej dość dużej ilości płynu ropnego nieco cuchnącego, zaczerwienienie ramienia i bolesność za dotykiem. Wygięcie kątowate kończyny uległo znacznemu wyrównaniu.

Dnia 9. V. 1919. w uśpieniu chloroformowem rozszerzono ranę wstrzału skąd badający palec wszedł do jamy ropnia po stronie



Ryc. 27.
Stan po złamaniu kości ramieniowej przedstawionem na zdjęciu roentgenowskiem na rycinie 23 po 9-ciu latach. (Edward Warcal).

przedniej ramienia. Pod kontrolą palca zrobiono drugie nacięcie na zewnątrz od naczyń i wydobyto pocisk karabinowy rosyjski, ostro zakończony i zagięty. Założono opatrunek i zdrenowano jamę ropnia wyprowadzając dren ku tyłowi. W końcu założono



Ryc. 28.

szynę Szlajmer-Liebleina z równoczesnym wyciągiem przy pomocy plastra.

W dalszym przebiegu gojenia nie napotkano na żadne nieprawidłowości. Chora w dniu 14. VI. 1919 odbyła poród prawidłowy. Jedyne dolegliwości sprawiało chorej skrępowanie brzucha opaskami, które też z tego względu jak najbardziej zwalniano.

Dnia 12. VII. Zdjęto opatrunek zupełnie. Zdjęcie Roentgena (Ryc. 28) wykazuje zrost kości ramieniowej w idealnej osi.

Dnia 17. VII. 1919. Wypisano chorą ze szpitala z zupełnie zagojoną kończyną.

Szpital W. P. „Technika", Lwów. Żoł. Szer. rusiński: Harpaluk Tomasz. Ur. Witków Nowy ad Sokal, gr. kat. 28 lat.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva humeri sin. Vuln. sclop. dorsi.*

Wywiady: Raniony 1. XII. 1918. kulą karabinową, wzięty do niewoli i w dniu 2. XII. przywieziony na oddział w prowizorycznym opatrunku.

Stan obecny dnia 2. XII. 1918: Wstrzał w okolicy dolnego brzegu kręgowego łopatki lewej. Rana ziejąca kształtu owalnego, o brzegach dartych. W głębi rany widoczne poszarpane mięśnie. Kość łopatkowa nie uszkodzona. Jako dalszy ciąg zranienia widzimy na lewej bocznej stronie klatki piersiowej i na tylnej ramienia lewego w połowie jego długości ranę dartą wielkości pięści. Części miękkie poszarpane, w głębi rany na ramieniu widoczne odłamki kostne luźno tkwiące. Uszkodzenia nerwów i naczyń nie stwierdza się. Kość ramieniowa złamana w odcinku $^1/_3$ dolnej długości.

Leczenie: Dnia 2. XII. rewizja ran i założenie opatrunku aseptycznego, poczem ustalono kończynę na szynie Liebleina.

Dnia 4. XII. Ciepłota dochodzi wieczorem do 39,5°. Z rany na ramieniu wyjęto kilka małych odłamków kostnych, które pływały w dużej ilości ropy.

Dnia 7. XII. Stan rany nie daje obawy w kierunku postępywania zakażneia, z tego też powodu założono wyciąg Steinmanna cienkim gwoździem przez nasadę dolną kości ramieniowej w uśpieniu morfin.-eterowem, a następnie umocowano wyciąg przy pomocy drenu gumowego grubego na szynie Slajmer-Liebleina.

Dnia 9. XII. Rana w okolicy łopatki oczyszcza się, na ramieniu wydziela znaczne ilości ropy tak, że konieczne są codzienne opatrunki z powodu przeciekania opatrunku. Ciepłota ogólna waha się wieczorami pomiędzy 37,8 a 38,8°. Wyjęto odłamek kostny.

Dnia 13. XII. 1918. Po stronie zewnętrznej w miejscu wejścia grotu Steinmanna zacieka z rany wydzielina ropna skutkiem czego miejsce to opatrzono i założono opatrunek ochraniający. Rana na ramieniu wydziela wielkie ilości ropy. Wyjęto odłamek luźno tkwiący kostny.



Ryc. 29.

Dnia 15. XII. Wyjęto dwa odłamki kostne przy zmianie opatrunku. Ranę przepłukano roztworem wody utlenionej. Ciepłota wykazuje czasami skoki wieczorne do 39°.

Dnia 21. XII. Rana na ramieniu oczyszcza się, zmniejszenie wydzieliny ropnej.

Od 23. XII. do 4. I. 1919 z powodu zmniejszonego wydzielania ropnego robiono opatrunki co drugi dzień. Ciepłota ciała nie przekracza wieczorami 37,6°. Od czasu do czasu wyjmuje się z rany drobne wydzielone odłamki kostne.

Dnia 4. I. 1919. zdjęto wyciąg. Zrost kostny bardzo słaby. Pozostawiono szynę ustalającą nadal. Rana w okolicy łopatki goi się prawidłowo.

Dnia 8. I. 1919 zrobiono zdjęcie roentgenowskie w miejscu złamania. Zdjęcie (Ryc. 29) wykazuje znaczny ubytek kostny w miejscu złamania kości ramieniowej lewej, który odpowiada oddzielaniom się licznych martwiaków w czasie gojenia. Tworzenie się kostnienia widoczne w formie smugi zwłaszcza po stronie przedniej. Utrzymanie ciągłości przy pomocy cienkiego pasma niezropiałego odłamka kostnego. Oś kończyny idealnie prosta.

Dnia 14. I. 1919. Znaczne zmniejszenie się wydzieliny ropnej. Wyjęto mały odłamek kości.

Dnia 22. I. wysłano chorego transportem w uszynowaniu z raną mało wydzielającą i zaciągniętą.

Szpital W. P. „Technika", Lwów. Plutonowy (Sekcyjny) Torba Wojciech, 17. p. p. 3-ci Batal. Lat 22, rz. kat. szewc, z Mielca.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva humeri dextri.*

Wywiady: Ranny dnia 24. VI. 1919 pod Brzeżanami kulą karabinową. Przywieziony na oddział w prowizorycznym opatrunku z dobrem ustaleniem na drugi dzień po zranieniu.

Stan obecny: Dnia 25. VI. 1919. Wstrzał nieco poniżej przyczepu dolnego mięśnia naramiennego po stronie zewnętrznej, wielkości kalibru kuli karabinowej, wystrzał po stronie wewnętrznej ramienia prawego na tej samej wysokości wielkości 5×5 cm,



Ryc. 30.

o brzegach poszarpanych, nierównych. W głębi rany widoczne zmiażdżone poszarpane mięśnie pokryte brudnym nalotem. Kość ramieniowa złamana, ramię wygięte tworzy kąt rozwarty, którego wierzchołek zwrócony jest do klatki piersiowej (do wewnątrz).

Ranę oczyszczono mechanicznie i zsetonowano przy pomocy gazy napojonej roztworem wody utlenionej. Założono opatrunek ustalający w szynie Liebleina wraz z wyciągiem plastrowym, którego założenie nie sprawiało zbytnich trudności wobec poprzecznego przebiegu rany.

Dnia 30. VI. 1919. Z początku leczenia wzniesienia wieczorne ciepłoty, nie wyższe jednak ponad 38,5°. Rana wystrzałowa oczyszcza się do kilku dni i pokrywa się zdrową czerwoną ziarniną przy znacznej wydzielinie ropnej.

Dnia 8. VII. 1919. Zmiana całego opatrunku z powodu wszawicy. Przy tej sposobności zrobiono zdjęcie roentgenowskie przy słabej jeszcze konsolidacji złamania. Na zdjęciu bocznem (Ryc. 30) widać t. zw. motylkowate złamanie kości ramieniowej z wytworzoną słabą kostniną, na zdjęciu przednio-tylnem (Ryc. 30) widoczny z boku cień kostniny. Naczynia i nerwy bez zmian. Rana wstrzałowa zagojona.

Dnia 3. VIII. 1919. Chory od 3 tygodni bez gorączki. Zdjęto szynę ustalającą, zrost silny, rana wystrzałowa prawie zagojona.

Dnia 8. VIII. 1919. odesłano chorego do leczenia następowego.

Dnia 10. IX. 1919. Ruchomość w stawie normalna, odesłano chorego do oddziału.

Szpital W. P. „Technika", Lwów. Szeregowiec Klimkiewicz Edward. 34 p. p., lat 20, rz. kat. Stałe miejsce zamieszkania: Niemirów, p. Rawa Ruska.

Rozpoznanie: *Fractura comminutiva humeri sinistri.*

Wywiady: Raniony 29. XI. 1918, wzięty do niewoli i leczony w szpitalu rusińskim w Kołomyi skąd po zajęciu Kołomyi przez wojska polskie odwieziony został do szpitala na „Technice" we Lwowie w dniu 5. VI. 1919.

Stan obecny 5. VI. 1919: Chory wynędzniały. Blady źle odżywiony i wycieńczony. Kończyna lewa górna trzy palce powyżej łokcia rana ropiejąca wielkości 5×7 cm po stronie wewnętrznej. Po stronie zewnętrznej blizna pooperacyjna długości 4 cm zaciągnięta. Kończyna ustalona na desce zgiętej pod kątem prostym w łokciu lecz ramię deski na którem opiera się przedramię krótkie tak, że odcinek dystalny złamania przesunięty ku przodowi i wystercza pod skórą. Zrostu kości niema. Z rany wydobywa się treść ropna w dość dużej ilości.

Tuż nad guzem w odległości 4 palce ponad przegubem łokciowym który utworzony jest przez sterczący odłamek dystalny skóra zaczerwieniona, bolesna. Roentgen wykazuje w prześwietleniu dość dużą ilość odłamków drobnych kostnych i metalowych rozprysków pocisku. Brak zupełny konsolidacji.

Leczenie: W uśpieniu morfinowo-eterowem poprowadzono cięcie ponad wypukłością guza na stronie przedniej przedramienia lewego. Cięciem tem odsłonięto ropień który oczyszczono i wydobyto kilka luźnych odłamków kostnych i drobnych metalowych. Pozostawiono odłamki otoczone tkanką granulacyjną i nie pozbawione otoczki okostnowej. Jamę oczyszczono z ziarniny bladej i wysetonowano. Po zabiegu naprowadzono odłamki do normalnej pozycji i założono szynę Slajmer-Lieblcina z wyciągiem plastrowym.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana wydziela znaczną ilość treści ropnej. Ciepłota ciała ogólna z wyjątkiem kilku dni po zabiegu normalna, najwyższa nie dosięgała 38,7°.



Ryc. 31.

Dnia 10. IX. 1919 rana pooperacyjna zagojona. Badanie wykazuje konsolidację złamania. Zdjęto opatrunek ustalający i zrobiono zdjęcie roentgena które obok zamieszczamy. (Ryc. 31 i 32).

Na zdjęciu bocznem (Ryc. 31) widać wytworzoną kostninę w formie łuku, odłamki mimo znacznej przerwy między niemi, wypełnione kostniną, położone w osi prostej ramienia. Na zdjęciu przednio-tylnem (ryc. 32) widoczne odchylenie odłamka dystalnego (dolnego) nieco na zewnątrz co tłumaczyć należy ustawieniem ręki w pozycji supinacyjnej w opatrunku, ponieważ w pronacji cierpiał chory nieznośny ból w palcach. Kończyna mimo tego ustawienia odłamków prosta, ruchomość w łokciu upośledzona znacznie.

Aż do 30. X. 1919. pozostawał chory w leczeniu następowem, które polegało na masażach, działaniu kąpieli ciepłych, i ruchach. W dniu tym został chory wypisanym ze szpitala z wnioskiem urlopowania.

Szpital W. P. „Technika", Lwów. Nr. Prot. 406. Szer. Michnik Stefan.

Rozpoznanie: *Fractura complicata diaphyseos humeri sinistri. Vulnus sclopet. dorsi.*



Ryc. 32.

Wywiady: Ranny dnia 1. XII. 1918. Na oddział przywieziony 2. XII. w prowizorycznym ustalającym opatrunku.

Stan obecny dnia 2. XII. 1918. Wstrzał spowodowany kulą karabinową w połowie długości lewej kości ramieniowej od przodu, wystrzał od tyłu nieco wyżej. Okolica zranienia bolesna



Ryc. 33.

obrzękła i zaczerwieniona. Kość ramieniowa złamana. Na klatce piersiowej ten sam pocisk wszedł 5 palców w dół od pachy w linji pachowej lewej, wystrzał palec na lewo od 1-go kręgu lędźwiowego. Rany na klatce piersiowej duże wielkości 20 groszówki.

Stłumienia na klatce piersiowej nie stwierdzono tak samo żadnych objawów ze strony otrzewnej.

Leczenie. Dnia 2. XII. założenie opatrunku aseptycznego i ustalenie w szynie Slajmer-Liebleina, z wyciągiem plastrowym.

Przebieg gojenia bez powikłań, na kończynie górnej, jedynie ropienie w kanale postrzałowym na klatce piersiowej wymagało interwencji chirurgicznej.

Dnia 2. I. 1919 zdjęto szynę ustalającą i zrobiono zdjęcie Roentgena, które wykazuje zrost złamanej kości ramieniowej w idealnej osi bez przemieszczenia odłamków złamania. (Ryc. 33). Chorego pozostawiono nadal w lekkiej szynie Middeldorpfa.

Dnia 28. I. 1919 wypisano chorego z oddziału zagojonego. Ruch w stawie łokciowym mało upośledzony.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z. TOMANEK. Lwów.

Ze studjów ftyzjologicznych zagranicą *).

Z II Kliniki Chor. Wewn. Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Subwencjonowany przez Rząd francuski w ubiegłym roku szkolnym 1928/29, miałem sposobność odbycia studjów z zakresu ftyzjologji zagranicą, a to we Francji i w Niemczech [1]).

W programie tych studjów uwzględniłem socjologję gruźlicy, klinikę, roentgenologję, i anatomję patologiczną gruźlicy płuc, bakterjologję i metody współczesnego lecznictwa tej choroby, tak zachowawczego jakoteż chirurgicznego oraz sposoby profilaktyczne. W tym tedy porządku przechodzę do złożenia sprawozdania.

* * *

Ftyzjologja współczesna jest działem, który w czasach ostatnich uległ bezpowrotnemu oderwaniu od swej macierzystej kolebki, od macierzy nauk lekarskich, medycyny wewnętrznej, pomnażając szeregi tych nauk, które uczyniły to wcześniej. Stało się to i dzieje się w miarę rozwoju i postępów nauki w tej dziedzinie, z drugiej zaś strony, względy przyrody społecznej, wchodzą tutaj w rachubę. Wielki wzrost piśmiennictwa, potrzeba szczególnych warunków i opieki nad chorym oraz potrzeba wytrwałej pracy, na polu społecznem i organizacyjnem uzasadniają wyodrębnienie tej gałęzi wiedzy.

Hasło tworzenia nowych warsztatów pracy naukowej dla ułatwienia i podniesienia poziomu badań nad gruźlicą, będące jedynem narzędziem obrony przeciw niezmiernej klęsce społecznej, spotkało się z gorącem uznaniem narodów całego, kulturalnego świata. We Francji powstała w roku ubiegłym poraz pierwszy paryska, uniwersytecka klinika gruźlicy, pod kierunkiem prof. L. Bernarda. W Niemczech, w Hamburgu, utworzono niedawno w klinice Eppendorfskiej instytut do badań nad gruźlicą oraz specjalny oddział chirurgji płucnej za inicjatywą i kierunkiem prof. L. Brauera. Sanatorja przeciwgruźlicze niemieckie skupiły doskonały materjał naukowy z wytkniętym planem programowej pracy, stanowiąc zakłady stojące na poziomie wzorowych klinik. Ponadto wszędzie w Europie Zachodniej potworzono specjalne oddziały szpitalne dla chorych na gruźlicę płuc, służące do celów naukowych, leczniczych i społecznych. Mocarstwa niezniszczone wojną, z dnia na dzień udoskonalają środki do walki z gruźlicą. Państwa zaś zniszczone materjalnie starają się pośpiesznie nadążyć współczesnym wymaganiom tej ochrony, rzucając większą część swojego posiadania na opanowanie zarazy.

Okazuje się, że sposób przeprowadzania tej walki z gruźlicą charakteryzuje najlepiej poziom kulturalny narodu i daje nam możność oceny, czy jest on zdatnym do walki o swój byt [2]).

---

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. dn. 8. XI. ub. r. i na posiedzeniu Lw. Tow. Pedj. dn. 19. XI. ub. r.

[1]) Sprawozdanie z podróży naukowej po Włoszech, Szwajcarji i Austrji odbytej na krótko przed tą zamieszczono w Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 1929, pt.: O zagranicznych sanatorjach i urządzeniach przeciwgruźliczych, oraz tamże w Nr. 42, 44, 1928, pt.: Sprawozdanie ze Zjazdu Międzynar. Przeciwgruźl. w Rzymie 1929 r.

[2]) Bardzo trafnym i pięknym jest cytat następujący: „Nicht jenes Volk, welches in Waffen starrt, nicht jenes Volk, welches das grösste Heer hat, sondern jenes Volk, welches die besten Waffen gegen die Tuberkulose besitzt wird in Zukunft mit diesen Waffen siegen". (Jaksch - Wartenhorst).

Metody stosowane we Francji do 1913 r., służące do walki z gruźlicą okazały się niewystarczające. Dopiero bezpośrednio przed wybuchem wielkiej wojny opracowano celowe plany, zaś w r. 1916 powstało pierwsze ustawodawstwo przeciwgruźlicze. W r. 1918 utworzono biuro higjeny społecznej (l'Office publ. d'hygiene soc. du depart. de la Seine) w Paryżu stanowiące ciało centralne tej organizacji. Wychodząc z założenia, że łatwiej jest ustrzec przed gruźlicą, aniżeli ją leczyć, przeprowadzono program izolacji dziecka przed zarazą, wyszukiwanie źródeł zarazy, profilaktykę przez uświadomienie chorych i zdrowych, oraz zapewnienie miejsc dla chorych, jużto dla leczenia bądź też izolacji. W tych warunkach powstały przychodnie typu Calmetta (dispensaire) stanowiące narzędzie profilaktyki socjalnej, propagandy i wychowania higjenicznego. Przytem służą one do wyszukiwania chorych i do dochodzenia rozpoznania zapomocą wszystkich możliwych środków rozpoznawczych oraz do stosownego skierowywania tych chorych, zależnie od postaci gruźlicy. W chwili obecnej posiada Francja 600 czynnych przychodni przeciwgruźliczych oraz 981 zawodowych, dyplomowanych wywiadowczyń. Przychodnia typu Calmetta składa się z obszernej poczekalni, z pokoju dla wywiadowczyni i biura rejestracyjnego, z jasnego pokoju dla porady lekarskiej z dwiema szatniami i małej pracowni. We większych miastach przychodnie są większe i wyposażone we 2 pokoje dla porady lekarskiej oraz w ubikacje dodatkowe na pomieszczenie aparatu Roentgena, urządzeń do badań krtani i na wykonywanie niektórych zabiegów, jak dopełniania odmy, oleotoraksu a niekiedy nawet torakoskopji i kaustyki i t. p. Zabiegów tych jednak dokonują zwyczajnie tylko we większych przychodniach jak np. w największej przychodni paryskiej Leona Bourgeois lub Rockfellera. W innych przychodniach nie przeprowadza się żadnego leczenia wogóle, ani też nawet we formie przepisywania leków, który to zwyczaj jest przestrzegany dzisiaj prawie wszędzie, a zwłaszcza w Niemczech. Dawniej działo się inaczej, np. we Francji przed wojną wydawano chorym recepty. Z biegiem lat zarzucono ten sposób niedostatecznego leczenia, kierując się przytem słuszną i koleżeńską zasadą, że nie należy narażać na straty praktykę lekarza prywatnego. Wprawdzie początkowo obawiano się, że system pozbawiony, że tak powiem doraźnego leczenia, może umniejszyć socjalne znaczenie przychodni, to jednak obawa ta okazała się płonną. Dzisiaj poucza doświadczenie, że przychodnie sprawne należycie, umieszczone w środowiskach zorganizowanych planowo, cieszą się dużą frekwencją. Przychodnie paryskie zawdzięczają tę siłę atrakcyjną francuskiemu ustawodawstwu, które przewiduje pewne świadczenia ich na rzecz chorych. Do nich należy bezpłatne pranie bielizny, wydawanie mleka dla dzieci, wsparcie materjalne chorych żyjących w nędzy, staranie się o mieszkanie dla chorych bezdomnych, lub też nie mających należytego pomieszczenia. Przytem mają one obowiązek skierowywania chorych, czy to do szpitali, czy sanatorjów lub też do zakładów profilaktycznych. Podobne świadczenia pełnią także przychodnie niemieckie. Co się tyczy pomieszczenia i urządzenia przychodni, to prawie wszędzie zagranicą bywają w tym celu wyszukiwane pomieszczenia i urządzenia stare, a następnie stosownie bywają przerabiane, względnie przybudowywane. Największa przychodnia paryska Leona Bourgeois stanowi pod tym względem wyjątek, jako wybudowana w tym celu specjalnie jeszcze przed wojną. Zresztą znaczna część tych przychodni znajduje pomieszczenia najczęściej przy szpitalach, lub też w budynku Kas chorych, jak to np. spotkałem w Hamburgu t. zw. „Bismarckfürsorgestelle", będącą równocześnie pierwszorzędnie wyposażoną, chociaż w położeniu nienadzwyczajnem, albowiem w suterenach, jakto zresztą zwykli czynić Niemcy.

Ten system oszczędnościowy posiada tem większą zaletę, gdy się zważy, że koszta uruchomienia przychodni są znaczne. Z obliczeń francuskich wynika, że w tym celu trzeba preliminować około 30—50 tysięcy fr. Ponadto raz otworzona przychodnia wymaga dalszych miesięcznych wkładów we wysokości około 20—30 tysięcy fr. na opłacenie lekarzy, pielęgniarek, czynszu oraz czynności i świadczeń przychodni. Wysokość tych kosztów sprawia, że rząd tylko w części może je pokrywać, reszty zaś dostarczają fundusze ze strony gminy, komitetów i dobroczyńców.

Kierownikiem przychodni jest specjalista ftyzjolog, którego obowiązkiem jest ścisła współpraca z lekarzem praktykującym prywatnie. Praktycznie polega ona na tem, że jako specjalista udziela on swemu koledze cennych wskazówek dotyczących tak rozpoznania jak i leczenia, czyniąc to w drodze poufnej. Niejednokrotnie nawet sam zaleca choremu dowolny wybór lekarza, ażeby móc z nim nawiązać styczność i uzupełniać obserwacje, od których chory np. się uchyla, bądźto dalej mieszkając, lub też z innych przyczyn, albo celem leczenia.

Jedną z najważniejszych czynności jest opieka nad dzieckiem, tak zakażonem, jakoteż narażonem na infekcję gruźliczą. Nowsze daty statystyczne ogłoszone przez Calmetta wykazują, że dzieci rodziców dotkniętych gruźlicą, zapadają na tę chorobę w 67% przypadków, zaś prawie 40% tych dzieci umiera na ostre postacie gruźlicy, jeszcze przed zgonem rodziców. Jeszcze bardziej wymowne są zestawienia Bernarda. Wynika z nich, że styczność osesków z matkami gruźliczemi powoduje w 100% infekcję, śmierć zaś w 95%. Od r. 1903 znajduje we Francji zastosowanie w opiece dziecka, specjalny sposób profilaktyki przeciwgruźliczej, a mianowicie t. zw. umieszczanie rodzinne dzieci zdrowych, narażonych na infekcję *(L'Oeuvre Grancher, Placement familial)*. Do r. 1919 wspomniana ochrona dotyczyła dzieci tylko w latach 3—13. Od tego czasu system ten uległ reorganizacji za inicjatywą Bernarda, wzorowany na systemie amerykańskim, a umożliwiający izolację osesków *(Centre d'élevage)*. W miejscowości *La Ferté St. Aubin* poza Orleanem w odległości 145 km od Paryża miałem sposobność dokładnego poznania tej organizacji (t. zw. *Placement des Tout-Petits)*. Polega ona na tem, że dzieci zdrowe z rodziców gruźliczych oddaje się na wychowanie rodzicom wiejskim. Na wsi, lub w miasteczku zdala od infekcji, pod opieką osób zdrowych i moralnych chowa się dziecko, korzystając równocześnie z zalet stosownego klimatu i korzystnych warunków. Umieszczeń dzieci tego rodzaju dokonują w pewnych, dobranych okręgach. W okolicy takiej znajduje się pewien rodzaj przychodni z lekarzem i 3 pielęgniarkami. Co pewien czas odbywa się badanie lekarskie dzieci powierzonych na wychowanie. Obowiązkiem pielęgniarek natomiast, jest stała kontrola nad dziećmi, oraz dostarczanie im mleka, bielizny i ubrania. Czynność tę odbywają codziennie na zmianę, pieszo obchodząc wsie na obszarze 2 km. Dla każdego dziecka przeznaczony jest specjalny, pleciony koszyczek na flaszkę z mlekiem i czystą gumką. Dezynfekcję tych przyrządów przeprowadzają pielęgniarki w przychodni, która do tych celów jest doskonale wyposażoną. Prócz poczekalni i pokoju porad posiada przychodnia izbę chorych dla dzieci, separatki, mieszkania dla matek zdrowych, karmiących dzieci, a dalej kuchnię, mleczarnię, magazyn odzieży dziecięcej i obuwia, ponadto zaś urządzenie do dezynfekcji i apteczkę. O każdoczesnym stanie zdrowia dziecka wydaje się biuletyny i meldunki do Publicznego biura higjeny *(l'office Public d'Hygiène S.)*, tak że biuro to jest zawsze ściśle informowane o każdym kroku przychodni i losach dzieci. Na wypadek choroby infekcyjnej znajduje dziecko opiekę i leczenie w przychodni. W razie potrzeby zostaje ono skierowane do pobliskiego szpitala. Przy przyjmowaniu dzieci do tej kolonji dziecko podlega 3-dniowej obserwacji lekarskiej, poczem zostaje oddane w ręce nowych opiekunów, którymi są chętni i posiadający odpowiednie warunki wieśniacy. Za to otrzymują oni wynagrodzenie, wynoszące od każdego dziecka 150 fr. miesięcznie. Naogół chętnie to czynią, widząc w tem przedewszystkiem interes. Z tego powodu zdarza się często, że godzą się wychowywać nawet po kilkoro dzieci. To też są nawet starania o zastrzeżenie pierwszeństwa rodzinom inwalidzkim, lub wdowom wojennym. Jak z tego widać, zagadnienie ochrony dziecka przed gruźlicą znalazło w tem urządzeniu idealne rozwiązanie. Żyjąc w dobrych warunkach, na łonie przyrody, odżywiane dostatecznie i higjenicznie pomnaża swoje siły fizyczne i moralne. Dzieci pozostają tu zwykle aż do końca wieku szkolnego, wtedy mają one wolny wybór życiowego kierunku t. j. powrotu do miasta, albo podjęcia pracy na roli. Wyniki tej organizacji higjeny społecznej okazały się nadzwyczajnie korzystne. Odsetek umieralności osesków zmalał tym sposobem w r. 1927 do 1,58%. I tak np. na 3500 dzieci umieszczonych od r. 1903 metodą Granchera, zanotowano tylko 7 wypadków gruźlicy, w tem 2 śmiertelnych a 5 uleczonych. Wysokie napozór koszta związane z prowadzeniem tego sposobu profilaktycznego przedstawiają z punktu widzenia społecznego bardzo znaczną oszczędność. Ażeby bowiem uczynić zdatnym do pracy człowieka dorosłego dotkniętego gruźlicą potrzeba go leczyć w sanatorjum przez czas conajmniej 3-letni. Wyniki takiego leczenia są małe, gdyż uleczeń jest 1 : 3. Wydatki z tem związane obliczają Francuzi na około 60tys. fr. Tymczasem płacąc za dziecko po 1500 fr. rocznie przez czas np 10 lat, wydają tylko 15.000 fr., wzamian za to zyskują ludzi zdrowych i do pracy zdolnych. Oprócz wspomnianego systemu izolacyjnego istnieje jeszcze we Francji system umieszczania zbiorowego dzieci. Ze względu na to, że pociąga on za sobą daleko większe koszta, aniżeli system poprzedni, wobec tego ma on małe zastosowanie praktyczne. Innym rodzajem ochrony dziecka jest t. zw. preventorium. Nazwę tę noszą zakłady rozmieszczone po wsiach, które przyjmują w opiekę dzieci niegorączkujące i nieprątkujące, dotknięte postaciami początkowemi, utajonemi i nieuleczalnemi gruźlicy pozapłucnej i płucnej. Korzystają tutaj one z dobrego powietrza i są odżywiane dobrze. Pozatem hartują się fizycznie, odbywają leczenie spoczynkowe i uczą się w szkole na wolnem powietrzu pod kierunkiem nauczyciela a nadzorem lekarza. Jeden z takich zakładów widziałem pod Paryżem, w miasteczku Secan Robinson, przyczem byłem świadkiem szczególnych ćwiczeń gimnastycznych dzieci, które pomimo 15-stopniowego mrozu wykonywały je bez ubrania, znosząc to dobrze, być może także z powodu braku zbyt dokuczliwego wiatru. Wspomniany typ zakładów stanowi zatem rodzaj sanatorjum dla dzieci, z tą tylko różnicą, że znajdują w niem przytułek przedewszystkiem dzieci niedokrewne, o bladej cerze, z niestałością ciepłoty, z niedostatecznymi wymiarami klatki piersiowej, czyli t. zw. „typy predysponowane" oraz z infekcją gruźliczą początkową.

Innem urządzeniem jest t. zw. żłóbek dla dzieci, którego typem jest zakład przy szpitalu Laënneca w Paryżu, a który jest ważnym ośrodkiem obserwacyjnym i rozpoznawczym w zakresie gruźlicy osesków. Materjał skierowywany tu przez przychodnie przeciwgruźlicze, zostaje szczegółowo przebadany na odczyny tuberkulinowe oraz podlega szczegółowemu badaniu rentgenologicznemu zapomocą serjowych zdjęć. W obserwacji pozostają dzieci przez czas 2—4 tygodni, niekiedy nawet i dłużej. Oddział ten zasilają ponadto materjałem także szpitale położnicze, skierowując noworodki pochodzące z matek gruźliczych wprost do żłóbka. Ten system należy zawdzięczać ciągłej styczności przychodni przeciwgruźliczej z oddziałami położniczymi. Kobiety chore na gruźlicę będące w ciąży, pozostają pod specjalną opieką przychodni, która ma obowiązek odsyłać je do tych oddziałów położniczych, z którymi pozostaje w kontakcie. Czynność powyższa wchodzi zatem w ramy systemu, zwanego profilaktyką antenatalną. Dla uzupełnienia zapodanych urządzeń dla tej szczególnej opieki nad dzieckiem wspomnieć należy o t. zw. schroniskach tymczasowych. Służą one do tego, ażeby dzieci narażone na infekcję gruźliczą, będące już przeznaczone do jednego ze wspomnianych miejsc, nie potrzebowały czekać na wyszukanie dla nich stosownego przydziału lecz, żeby mogły korzystać z izolacji doraźnej. Pozatem dzieci korzystają ze szczepień ochronnych, przypadki zaś gruźlicy rozwiniętej znajdują opiekę i leczenie w licznych szpitalach dziecięcych.

Dla zwalczania gruźlicy dorosłych służą oprócz przychodni, sanatorja, t. zw. szpitale-sanatorja oraz oddziały szpitalne gruźlicze. Sanatorja dzielą się na 3 typy: górskie, nadmorskie i nizinne. Ostatni typ staje się czem raz częstszy. Przytem daje się zauważyć, że budowanie sanatorjów, zbyt daleko od większych miast, a nawet miasteczek i wsi, z utrudnioną, a nieraz dość niedostępną komunikacją ze światem zewnętrznym jest czem raz rzadziej praktykowane. Mam tu na myśli np. niektóre sanatorja niemieckie (np. piękne sanatorjum „Waldhaus-Charlottenburg" w Sommerfeldzie), do którego dostęp nie można wcale nazwać ułatwionym. Także i dawniejsze sanatorja francuskie mają podobne warunki (np. kompleks sanatorjów w Bligny i inne).

W czasach ostatnich wywiązał się nowy kierunek zapatrywań na znaczenie klimatu wysoko-górskiego i jego wpływu na gruźlicę płuc. Okazało się bowiem, że wyniki lecznicze w gruźlicy płuc dające się uzyskać w sanatorjach wysokogórskich nie różnią się zasadniczo od wyników w sanatorjach nizinnych. Wytłumaczenia tego zjawiska należy upatrywać niewątpliwie w samym trybie życia sanatoryjnego, który głównie stanowi leczenie spoczynkowe przy dobrem odżywianiu i w środowisku świeżego powietrza. Warunki tego leczenia spoczynkowego odpowiadają działaniu sztucznej odmy piersiowej. I tu i tam płuco zostaje ustalone, zaś w obu razach chodzi o zmniejszenie urazu oddechowego. Troskliwa pielęgnacja i korzystne warunki, niekiedy zaś konieczne zabiegi uzupełniają ten zasadniczy sposób leczenia.

Pomimo tego przezorni Niemcy nie poniechali dalszych badań nad wpływem klimatu wysokogórskiego na gruźlicę płuc. Świadczą o tem objekty, które oglądałem w klinice hamburskiej. Są to komory pneumatyczne grubo betonowane a zewnątrz pokryte cegłą, o wyglądzie małych estetycznych domków. Wewnątrz tych komór są otwory, z których odchodzą rury służące do rozrzedzania powietrza i do stosownej wentylacji. Budowa tych domków, zresztą bardzo kosztowna jest na wykończeniu.

Szpitale-sanatorja są urządzeniami położonemi w najbliższem sąsiedztwie miast. Jak nazwa wskazuje łączą one w sobie równocześnie cechy szpitala i sanatorium, posiadając zatem położenie i urządzenia sanatoryjne, a dalej sposób odżywiania i dyscyplinę tego samego typu, co sanatorjum. Francja liczy ich 15, rozmieszczonych po wszystkich większych miastach, złożonych razem z 3100 łóżek. Wszystkie postacie gruźlicy płuc znajdują tutaj pomieszczenie, oraz są leczone. Stąd tak samo, jak ze żłóbka dla dzieci, zostają chorzy po pewnym czasie wysyłani do innych ośrodków leczniczych, stosownie do wskazań i potrzeby. W doborze miejsc

pod tego rodzaju zakłady ściśle przestrzeganą bywa słuszna zasada, że winne być one budowane na szerszym ogrodowym terenie, w przestrzeni możliwie otwartej.

Zalety tych urządzeń są liczne. Chorym oszczędza się trudu związanego z transportem w miejsca dalekie, lub mało dostępne, i nie rozdziela się ich, że tak powiem brutalnie od ich rodzin, zapomocą dużych odległości. Ze stanowiska społecznego, stanowią one dobrodziejstwo izolując chorych. Chorzy z gruźlicą uleczalna znajdują tu wszystkie metody lecznicze. Potrzebujący odmy, mają wszelkie warunki do tego leczenia przy stałej obserwacji lekarskiej. Nieuleczalni natomiast znajdują tutaj troskliwą i należną im opiekę.

W praktyce okazało się, że we Francji poszczególne gminy z obawy przed zakażeniem mieszkańców protestowały przeciw urządzeniom takich zakładów. Wobec tego stanu urzeczy czynniki lekarskie postarały się o uspokojenie opinji publicznej wskazując na to, że tylko chory pozostawiony losowi własnemu, bez dozoru, jest siewcą zarazy. Nie są nimi natomiast ci chorzy na gruźlicę, którzy zostali poddani sanatoryjnej dyscyplinie higjenicznej, w zakładzie wyposażonym we wszystkie stosowne ku temu warunki i należycie sprawnym. Za staraniem prof. B e r n a r d a wydano nawet w swoim czasie odezwy do publiczności, które w tym kierunku agitowały.

Koszta związane z budową sanatorjów wogóle starają się Francuzi ograniczyć do minimum wydatków. Z tego powodu urządzenia te są przeważnie skromne, jednak zadaniu swemu w zupełności odpowiadają. Według wiadomości, których mogłem zaczerpnąć okolicznościowo na miejscu, preliminują na pokrycie kosztów jednego łóżka sanatoryjnego tylko 10 tysięcy złotych, natomiast w Niemczech obliczają na 20 tys. złotych. Oczywiście, że w praktyce okazują się i te cyfry za małe. Zwiedzając duży kompleks sanatorjów przeciwgruźliczych w miejscowości Beelitz, w okolicach Berlina na 1100 łóżek (największe sanatorjum europejskie), gdzie obecnie dobudowują systemem nowoczesnym sanatorjum na 100 łóżek, poinformowano mnie, że kosztuje ono jeszcze w ciągu budowy dwa razy więcej, aniżeli preliminowano. To też niezwykle oszczędni Francuzi zakładają obecnie sanatorja w starych zamkach, dużych willach i pałacach nabytych okolicznościowo i korzystnie. Po wprowadzeniu najpotrzebniejszych przeróbek, a to głównie kuchni, wspólnej jadalni oraz leżalni, urządzeń dezynfekcyjnych i Roentgena sanatorjum jest już gotowe do użytku. Odbywając praktykę w jednym z takich zakładów w pobliżu Paryża, w Taverny (Tuyolle) mogłem stwierdzić, że te urządzenia skromne odpowiadają celowi, zaś wyniki lecznicze nie są wcale gorsze od wyników w sanatorjach luksusowych. Ogólna liczba sanatorjów przeciwgruźliczych we Francji wynosi obecnie 87, z pomieszczeniem na 8.430 łóżek. Jak widać z tego, ilość ich jest nadal niewystarczająca i wymaga dalszych kosztów i pracy. Stara zasada B i g g s a głosi, że każdy kraj powinien posiadać tyle łóżek ile wynosi połowa liczby zgonów rocznych na gruźlicę. Zrealizowanie tej zasady jest niewątpliwie zagadnieniem bardzo odległego czasu, a także mało dostępnem nawet dla państw bogatych. Wobec tego praktycznem dążeniem jest tylko ulepszenie tego systemu w tej mierze, ażeby w miarę zwiększania się sprawności przychodni przy odkrywaniu czem raz nowszych źródeł zarazy, móc znaleść wystarczające pomieszczenie dla chorych.

W końcu jeszcze słów kilka należy poświęcić zakładom, zwanym sanitarnemi szkołami zawodowemi. Szkół takich we Francji jest dopiero 4 i liczą razem 210 łóżek. W tych szkołach umieszcza się osobników chorych na gruźlicę, których stan zdrowia po leczeniu sanatoryjnem, jakkolwiek uległ poprawie, to jednak nie pozwala im na podjęcie dawnej pracy zawodowej. Tutaj, pod nieustanną opieką lekarską, korzystają oni z nauki, najczęściej ogrodnictwa przyzwyczajając się zwolna do nowej, dla nich stosowniejszej pracy zawodowej.

Przedstawiony szkic programowy walki z gruźlicą przynosi z dnia na dzień piękne rezultaty. Wynikiem tej walki zorganizowanej jest stałe zmniejszanie się umieralności na gruźlicę, w zachodniej części Europy.

Pracując w klinice prof. B e r n a r d a w Paryżu miałem sposobność zapoznania się z praktycznym podziałem gruźlicy płuc. Nie jest to wcale podział nowy, streszcza on natomiast w sobie z pewnemi modyfikacjami genjalny podział B a r d a, będący dziełem niezwykłej precyzji, długich lat pracy, autora tej miary co B a r d. O ile jednak nie doznał on szerszego, praktycznego zastosowania stało się to przedewszystkiem z tego powodu, że w praktyce wymaga on bardzo dużego doświadczenia i obeznania z kliniką gruźlicy płuc. Uproszczenie tego podziału według B e r n a r d a przedstawia się następująco:

Do postaci ostrych należą: 1) zapalenie płuc serowate, 2) suchoty galopujące, 3) gruźlica prosówkowa (granulie), 4) grupa gruźlicy uogólnionej, wyszczególniona przez L a n d o u z y'e g o, jako t. zw. *typhobacillosis i phtisis septicaemica;* 5) grupa *corticopleuritis,* obejmująca stany określane przez klasyków francuskich, jako kongestje płucne trzech typów a to a) typu W o i l l e z a *(pneumonie attennée),* b) P o t a i n a *(pleuropneumonia),* i c) G r a n c h e r a *(splenopneumonia),* oraz 6) zapalenie opłucnej.

W skład postaci przewlekłych wchodzą: 1) *Tbc. pulmonum ulcerocaseosa extensiva (communis),* 2) *Tbc. pulmonum ulcerocaseosa localisata* (brak ogólnego odczynu, proces niepostępujący), 3) *Tbc. pulmonum ulcero-fibrosa extensiva (phtisis fibrosa* autorów klasycznych, 4) *Tbc. pulmonum fibrosa localisata* (tutaj należą: zmiany sklerotyczne szczytów, gruźlica zamknięta, postacie poronne B a r d a, postacie złagodzone B e z a n ç o n a) i 5) *Bronchitis tuberculosa (br. superficialis et profunda* w podziale B a r d a).

Jak widać z przedstawionego podziału jest on skromny i wystarczający dla lekarza praktycznego. W paryskiej klinice gruźlicy oraz u zwolenników B e r n a r d a jest on obecnie w użyciu. Opierając się na nim, można się porozumieć, leczyć i rokować.

Co się tyczy szczególnego umiejscowienia gruźlicy w płucach przy reinfekcji przyjęto w ślad za A s s m a n n e m i R e d e k e r e m częstość umiejscowiania się zmian w okolicy podobojczykowej stwarzając nazwę t. zw. *„tbc. interdeidohilaire"*. Zarazem B e r n a r d, L e l o n g i Pani R e n a r d zwrócili uwagę także na lokalizację zmian w okolicy nadokołownękowej, jako pewną odmianę postaci naciekowej okołownękowej.

Intresująco przedstawia się zagadnienie jednej z postaci gruźlicy płuc, spotykanej tak u dorosłych jak i u dzieci, a mianowicie sprawa t. zw. *lobitis tbc.* Tę postać charakteryzuje zajęcie całego płatu płucnego z dość ostrem odgraniczeniem od dołu przez rowek międzypłatowy. Nie wszystkie jednak zmiany spotykane w płacie, do tego typu należy zaliczać. O sprawie tej rozstrzygają głównie serjowe zdjęcia rentgenologiczne. Zatrzymując się nieco dłużej w klinice B e r n a r d a, miałem sposobność bliższego rozpatrzenia cech, które B e r n a r d uważa za charakterystyczne dla tego procesu. I rzeczywiście, wprawdzie R i s t uważa *lobitis* tylko za sprawę przyrody pneumonicznej, to jednak inne nasuwają się myśli przy spostrzeganiu dokładnem tej postaci chorobowej, tak co do klinicznego przebiegu, jakoteż i na zdjęciach. Początek *lobitis* jest prawie zawsze powolny. Początkowo widać na zdjęciach plamy i plamki ciemne, rozpoczynające się od podstawy płatu górnego, a więc od rowka międzypłatowego. Zmiany te posuwają się ku szczytowi i wreszcie opanowują cały płat. Posunięte postacie tego procesu dają w prześwietleniu obraz albo całkowitego zaciemnienia pola w płacie zajętym, bądź też obraz o wyglądzie miękuszki chleba, lub też dużej jamy gruźliczej. Klinicznie bywają spotykane szmery chuchające, czasem rzężenia, zresztą nic specjalnego, zapomocą czego możnaby postawić rozpoznanie. Przebieg choroby natomiast wyróżnia się, gdyż jest powolny, podwyżki ciepłoty są nieduże, stan podmiotowy bywa dość dobry i nie występują t. zw. zaostrzenia. Te ostatnie bowiem, jako t. zw. *„poussées évolutives"*, spotyka się według autorów francuskich prawie we wszystkich postaciach gruźlicy przewlekłej. Objaw ten, przy którym daje się stwierdzić znaczniejsze podniesienie ciepłoty, jest jednym z etapów w rozwoju i posuwania się infekcji gruźliczej.

Znamiennym jest fakt, że rowek międzypłatowy, do którego sięgają zmiany, zdaje się stanowić pewną zaporę dla dalszego posuwania się sprawy ku dołowi. Widać to dokładnie na zdjęciach, które pouczają, że postępowanie procesu zachodzić może raczej po stronie przeciwnej. Pod względem anatomicznym chodzi tutaj według B e r n a r d a o *tbc. ulcero-fibrosa,* przyczem sprawę tę uważa za autonomiczną postać gruźlicy, S e r g e n t zaś za zmiany topograficzne. Co do stron płuca, które te zmiany najczęściej dotyczą, można je spotkać tak po stronie prawej jak po lewej. Jednakowoż górny płat prawy zajmowany jest najczęściej (80% przyp.). Rokowanie w *lobitis* jest stosunkowo dobrotliwe, gdyż sprawa ta daje się leczyć zapomocą odmy, torakoplastyki, zaś w sprawach obustronnych nieźle działają małe dawki złota. Także i u dzieci spotyka się tę postać chorobową, gdzie należy ona do przypadków częstych.

Będąc u Armand D e l i l l a w szpitalu H e r o l d a mogłem się dowiedzieć, że jego statystyka na materjale gruźlicy dziecięcej stwierdziła tę postać w 58% spostrzeganych przypadków, przy dodatnim wyniku badań na prątki w treści żołądkowej. Przebieg tej sprawy u dzieci przedstawia stan zlokalizowany przez szereg tygodni i miesięcy, pozostawiając dosyć czasu lekarzowi do interwencji przy pomocy odmy. Leczenie to wprawdzie nie zabezpiecza przed gruźliczem zajęciem opon, to jednak daje wyniki bardzo za-

chęcające zwłaszcza w tych razach, w których dopełnianie odmy stosuje się przez odpowiednio długi czas.

W czasach ostatnich wytworzył się we ftizjologji francuskiej nowy kierunek poglądów na patogenezę gruźlicy płuc. Wynika z nich, że we większości wypadków odbywa się posuwanie sprawy gruźliczej w tkance podporowej płuc, a mianowicie w przestrzeniach naczyniowo-łącznotkankowych, jako t. zw. tramitis tbc. Wprawdzie ta nazwa jest nową, myśl jednak stanowi, jakoby nawrót do poglądów Grauchera, który przyjmuje istnienie w rozwoju gruźlicy t. zw. okresu kiełkowania (période de germination). Okres ten przypada na czas między infekcją, a ostatecznym rozwojem właściwych suchot (phtisis), który wyprzedza. Twórcą współczesnym tego kierunku jest Bezançon i jego szkoła. Według niego chodzi tutaj o sprawę podostrą, rozlaną w tkance naczyniowo-łącznotkankowej, ulegającą zaostrzeniom (poussée evolutive), bądźteż stanom, określanym przez klasyków francuskich, jako nawały (congestion). Stanowi ona zatem pośredni etap w rozwoju gruźlicy płuc. W tym okresie spotyka się wysięki śródpłucnowe, śledzionowate zapalenie płuc, krwioplucie przy braku gorączki, brak prątków w plwocinie lub małą ich ilość a dalej objawy dychawicy oskrzelowej, która ustępuje z chwilą przejścia tego okresu w następny, właściwych suchot. Zejście tej sprawy, toczącej się zwolna, może być korzystne, dając wyleczenie. Innym razem przejść może ona w stan utajenia, lub też toczyć się może aż do końca życia, dając objawy gruźlicy włóknistej. W przypadkach niepomyślnych sprawa ta może wytworzyć serowacenie oraz pierwszy epizod spraw zapalnych oskrzelowo-pęcherzykowych czyli suchot. ,

Wspomniane poglądy rozszerzył Sergent, zwolennik tego zapatrywania. Przyjmuje on możliwość postępowania infekcji gruźliczej w tkance podporowej płuc na drodze naczyń chłonnych, przypuszczając nawet zmianę kierunku prądu w prawidłowem krążeniu chłonki. Według niego należy przypuszczać, że sprawa gruźlicza dociera do tkanki międzyzrazikowej, dając swoisty obraz rentgenologiczny, t. zw. perilobulitis tbc. Będąc u prof. Sergenta miałem sposobność przeglądnięcia zdjęć radjologicznych, na podstawie których możnaby wnioskować o prawdopodobieństwie tego zapatrywania.

Na tych zdjęciach daje się zauważyć wzmożenie siatki okołozrazikowej, której cienie zamykają oczka o wymiarach prawie jednakowych, o kształtach raczej wielokątnych na tle tej samej przeźroczystości miąższu płucnego, tak na zewnątrz jak i na wewnątrz oczek. Niewątpliwie, w szeregu przypadków można te zmiany pomieszać z obrazem drobnojamistym, kierując się w rozpoznaniu samem tylko zdjęciem. Z pomocą przychodzi tutaj kliniczne spostrzeganie przypadków, a to zwłaszcza badanie plwociny na prątki, których obecność, może być jednym z dowodów świadczących za sprawą jamistą. Niemniej interesująco przedstawiają się także te przypadki Sergenta, w których można śledzić ze zdjęć postępowanie sprawy gruźliczej w kierunku przeciwnym do prądu chłonki, co skłoniło autora do przyjęcia pewnych zaburzeń w jej krążeniu.

Zagadnienie współczesnych pojęć na temat anatomji gruźlicy płuc jest przedmiotem jeszcze ciągle ożywionych roztrząsań, zwłaszcza w odniesieniu do sposobu zakażenia gruźlicą. Szkoła francuska rozróżnia 2 postacie zasadnicze zmian gruźliczych, a to ziarninę prosówkową Bayla (granulation miliaire) i gruźlicę prosówkową Laënneca (tubercule miliare). Laënnec zróżnicował pojęcie ziarniny prosówkowej spotykanej rzadko, występującej w postaci licznych, bezbarwnych, okrągłych ziarenek, we wielkości prosa, wskazując na istnienie drugiej postaci zmian daleko częstszych, o kształtach więcej nieregularnych, a o wyglądzie żółtawym. Ziarnina prosówkowa może się przekształcić w gruźlicę prosówkową. Zespolenie się tych poszczególnych elementów tworzy większą masę żółtą (tubercule cru).

Teorja genjalnego Laënneca znalazła potwierdzenie w późniejszych badaniach drobnowidowych. Wykazały one, że ziarnina złożona jest z gruzełków, z komórkami olbrzymiemi, które to zmiany mieszczą się w tkance naczyniowołącznej płuca i podlegają szybko zwyrodnieniu serowatemu, otaczając się przytem wałem komórek nabłonkowych i ciałek białych. W pobliżu tak powstałych zmian znajdują się światła pęcherzyków. W przypadkach zdrowienia ognisko ulega odgraniczeniu od otoczenia przez pierścień tkanki włóknistej i złogi wapniowe. Zdarzyć się jednak może, że zawartość takiego ogniska dostanie się do pęcherzyka.

Innego pochodzenia jest gruźlica prosówkowa Laënneca. Jest to wysepka zmian zapalnych oskrzelikowo pęcherzykowych bez gruzełków. Oskrzeliki bywają tu wypełnione masą serowatą. W pęcherzykach płucnych gromadzą się nekrobiotyczne przybłonki, włóknik i prątki, bez obecności komórek olbrzymich. Wytwarza się serowacenie. Ogniska mogą się łączyć, zajmując zraziki, lub też mogą się otarbiać. Innym razem następuje rozpad i tworzą się jamy.

Jeszcze w dalszym ciągu jest roztrząsanem zagadnienie, czy zmiany w samych pęcherzykach są koniecznie następstwem zakażenia drogą oskrzelową. Na to pytanie odpowiedziały badania Letulla i Bezançona nad gruźlicą świnek, którym autorzy wstrzykiwali dożylnie prątki. W tych razach stwierdzali w płucach gruzełki, natomiast przy wstrzykiwaniach do tchawicy występowały owe zmiany pęcherzykowe. Do przeciwnych wyników doszedł Courcoux a dalej Leuret i Caussimon, w których po wstrzyknięciu dożylnem prątków spostrzegano zmiany gruźlicze także i w pęcherzykach. W tym kierunku również przemawia świeżo znaleziony przypadek Coulauda i Valtisa dotyczący wrodzonej gruźlicy płuc, pod postacią uogólnionej gruźlicy prosówkowej. Przy badaniu drobnowidowym tkanki płucnej stwierdzono tutaj tylko ogniska pęcherzykowe bez śladu gruzełków anatomicznych, chociaż w tym przypadku jedyną możliwą drogą do zakażenia w łonie matki była droga naczyniowa. Te ostatnie zapatrywania również popiera Rist.

Szkoła niemiecka Aschoffa uważa, że omówione zmiany zachodzące w płucu po zakażeniu drogą oskrzelową, mogą mieć również budowę gruzełka. Istotną jednak różnicą w zapatrywaniach tych dwóch szkół jest sposób pojmowania tzw. gruzełka produktywnego, pochodzenia oskrzelowego. Aschoff wierzy w możliwość, jego przeistoczenia się sklerotycznego i przeciwstawia go postaciom przyrody wysiękowej, skłonnej raczej do rozpadu.

Jak z tego widać, brakuje jeszcze uzgodnienia w zasadniczych pojęciach anatomicznych gruźlicy oraz w patogenezie tych zmian.

W dziale roentgenodiagnostyki zmian śródpiersiowych wprowadzono ostatnio uzupełniający sposób badania z profilu, dzięki najnowszej pracy Lestocquoy'a i Lehmanna. Zdjęcie radjologiczne w położeniu skośnem wykazuje zawsze w środkowej części śródpiersia wyraźne cienie o konturach rozlanych, co do istoty których niemożna być nigdy pewnym. Cienie te pochodzące od dużych naczyń płucnych utrudniają rozpoznanie zmian gruczołowych, tchawicowo oskrzelowych. Natomiast zdjęcia z profilu ze śródpiersia prawidłowego niedają przyczyny do błędów rozpoznawczych, okazując jasną przestrzeń w śródpiersiu, na wysokości 5 i 6 kręgu piersiowego. W przypadkach wspomnianych zmian gruczołowych badanie z profilu upewnia należyte rozpoznanie. W szpitalu Boucicaut u Dra Courcoux poznałem pewne ulepszenie w technice odczytywania zdjęć roentgenowskich płuc. Przy oglądaniu zdjęć słabszych okazuje się bardzo praktycznem posługiwanie się zielonym transparentem z filmu, którym nakrywa się zdjęcie. Natomiast transperent żółty ułatwia oglądanie zdjęć ciemniejszych. Wówczas kontury widzi się wyraźniej, niekiedy zaś nawet ostro wychodzą jamy, które na samem zdjęciu trudno jest rozróżnić.

W problemie tak ważnym jak gruźlica ciężarnych a zwłaszcza w zagadnieniu wskazań do przerwania ciąży w gruźlicy, Francuzi są naogół dość zgodni w swoich zapatrywaniach. Nowsze daty statystyczne Bernarda opierające się na szerszym materjale wykazują, że tylko w $^{1}/_{4}$ przypadków ciąży, jest ona przyczyną wystąpienia objawów gruźlicy względnie pogorszenia. W większości przypadków zachodzą owe objawy pod koniec ciąży, w połogu lub też w okresie karmienia. W Niemczech przeważył ostatnio kierunek przerywania ciąży w gruźlicy, chociaż często bez dostatecznych wskazań. We Francji wskazania te bardziej ograniczono, znajdując je tylko w tych stanach gruźlicy postępującej, w której zabiegi lecznicze nie rokują opanowania rozszerzającej się sprawy gruźliczej. Toteż niema wskazań do przerwania ciąży w przypadkach ograniczonej gruźlicy włóknistej lub serowatej, tem bardziej, że znaczna część tych postaci daje się korzystnie leczyć zapomocą sztucznej odmy, ten zaś zabieg nie jest przeciwwskazanym w ciąży. Co się tyczy wskazań z punktu widzenia zdrowia dziecka to praktycznie nie istnieją one gdyż przypadki gruźlicy wrodzonej należą do dużych rzadkości, z drugiej zaś strony zagadnienie infekcji zapomocą przesączalnych postaci prątka wymaga jeszcze dalszych, szczegółowych badań. Również rozwiązaną została kwestja pourodzeniowej profilaktyki dziecka, które znajduje doskonałą ochronę przed infekcją zapomocą już opisanej, metodycznej izolacji, oraz szczepień ochronnych B. C. G.

Sprawa szczepionki B. C. G. jest w dalszym ciągu jeszcze zagadnieniem dnia i przedmiotem licznych rozstrząsań we francuskich towarzystwach lekarskich. W pracowni Calmetta, w instytucie Pasteura, większa część prac dotyczy ciągle jeszcze wspo-

mnianego tematu. Na posiedzeniu paryskiej akademji lekarskiej przedstawił Calmette swoją statystykę. Według niego na 116180 dzieci zaszczepionych, 3607 żyje, nie dając żadnych objawów gruźlicy, pomimo tego, że pozostają one w stałej styczności ze źródłem zakażenia. Umieralność na gruźlicę tych dzieci spadła. Wynosi ona dla dzieci do pierwszego roku życia 1.5%, zaś między pierwszym a czwartym rokiem 0,3%. Według autora szczepienie B. C. G. wywiera równocześnie także korzystny wpływ na ogólną odporność ustroju, gdyż stwierdzał zmniejszenie się występywania u dzieci szczepionych innych chorób wieku dziecięcego, a to odry, zaburzeń w przewodzie pokarmowym, grypy, zapalenia płuc i t. p. Calmette doradza przeprowadzanie ponownych szczepień ochronnych u dzieci, a to z końcem pierwszego i trzeciego roku życia oraz we wieku od 7—15 lat, w postaci wstrzykiwań podskórnych w dawkach od $^1/_{20}$—$^1/_{40}$ mg B. C. G. Ostatnio Calmette zmniejszył dawkę do $^1/_{100}$ mg. Jednakowoż statystyka Calmetta została poddana ostrej krytyce ze strony licznych autorów niemieckich, austrjackich i szwajcarskich, wskazujących na to, że Calmette niebrał w nich pod uwagę tych faktów, że dzieci szczepione pozostawały pod opieką przychodni i były umieszczane z dala od źródła zarazy. Warunki te także i bez szczepienia mają pierwszorzędne znaczenie profilaktyczne. Ponadto w dalszym ciągu podtrzymującem jest zapatrywanie ze strony licznych autorów, że prątek B. C. G. wprowadzony do ustroju przez zaszczepienie, może stać się dla niego chorobotwórczym. To też wystąpiono przeciw masowemu szczepieniu dzieci, proponowanemu przez Calmetta. Przedstawicielem tej opozycji jest prof. weterynarji L i g n i è r e s, przemawiający w szeregu posiedzeń paryskiej akademji przeciw Calmettowi. Zaciekła polemika rzeczowa i całkiem nierzeczowa słowna i piśmienna między wspomnianymi autorami znalazła swój wyraz w broszurze wydanej świeżo przez L i g n i è r a pt.: „Le B. C. G.". Według niego B. C. G. jest prątkiem żywym, który posiada pewną jadowitość. Zaszczepiony, zajmuje układ chłonny i pobudza go do odczynu. Z przypadków zestawionych przez L i g n i è r a wynika, że następstwa tego mogą być różne. Jeden dotyczy lekarza w sile wieku dotkniętego trądem. Pomimo tak strasznej choroby, człowiek ten był w pełni sił i prowadził życie niezmiernie czynne w pewnej okolicy górskiej. Dowiedziawszy się o leczeniu trądu szczepionką B. C. G. zwrócił się do Instytutu Pasteura o leczenie go. Tam otrzymał 4 wstrzyknięcia B. C. G. po 10 mg na dawkę, podskórnie. W miejscach zastrzyków wytworzyły się ropnie, a punkcja wykazał w ich treści obfite prątki B. C. G. Po każdym zastrzyku ciepłota podnosiła się znacznie. W związku z tem stan jego znacznie się pogorszył, w ciągu krótkiego czasu stracił 18 kg na wadze, i w kilka miesięcy później zmarł wśród objawów wyraźnego wyniszczenia. L i g n i è r e s wysnuwa z tego przypadku wniosek, że dawka B. C. G. była za silną, z drugiej zaś strony podnosi ten fakt. jako dowód, że B. C. G. może być chorobotwórczym dla człowieka.

Drugi przypadek dotyczył dziecka zaszczepionego zaraz po urodzeniu prątkami B. C. G. U dziecka tego wytworzył się ropny obrzęk gruczołów szyjnych, kolosalnej wielkości, a w ropie stwierdzono prątki gruźlicze, kwasoodporne. Niedługo potem dziecko to zmarło, wśród objawów gruźlicy przewodu pokarmowego i znacznego wyniszczenia.

Te i tym podobne fakty skłoniły L i g n i è r a do silnej opozycji w sprawie szczepienia prątkami, wobec czego żąda on ograniczenia w ich stosowaniu, tylko do dzieci, bezpośrednio narażonych na zakażenie gruźlicą.

Wytyczne współczesnego lecznictwa gruźlicy dają się streścić do zasady, że narząd dotknięty gruźlicą leczy się tylko wtedy, gdy go się należycie ustali. Temu celowi może korzystnie odpowiedzieć także pojedyncze leczenie spoczynkowe w warunkach dobrych, a więc tak, jakto się dziś stosuje w sanatorjach, gdzie chorzy spędzają czas, przebywając na powietrzu i leżakując. W tym jednak wypadku, gdzie ten sposób okazuje się niewystarczającym, tam zachodzi konieczność uzupełnienia tych braków zapomocą stosownych zabiegów. Obejmują one duży dział metod tzw. zapadowego leczenia płuc.

Zadanie to spełnia odma, a dalej oleotoraks[3]), przecięcie n. przeponowego, przepalanie zrostów, plombowanie jam, oraz szereg sposobów plastyki piersiowej.

W grupie zabiegów mniejszych, są dziś bardzo rozpowszechnione oleotoraks i przepalanie zrostów metodą J a c o b a e u s a.

Oleotoraks posiada przedewszystkiem znaczenie uzupełnienia braków sztucznej odmy piersiowej, ponadto zaś przeciwdziała mechanicznie tworzeniu się zrostów i bywa stosowany, jako środek leczniczy przy przewlekłych ropnych wysiękach opłucnej, z wynikami bardzo zachęcającymi.

Zabieg przepalania zrostów, jako środek uzupełniający odmę również daje piękne wyniki, w szeregu odpowiednio do tego dobranych przypadków, gdzie zrosty pozbawione są tkanki płucnej i nie są zbyt rozległe. Tym sposobem można uzyskać zapadnięcie jam gruźliczych, uprzednio pociąganych przez zrosty. Także z punktu widzenia socjalnego, posiada ten zabieg zalety. Dzięki niemu bowiem, niejednokrotnie znikają z plwociny prątki, chorzy zatem przestają być źródłem zarazy dla swego otoczenia. Co do rodzaju aparatu, który uległ licznym modyfikacjom, posługują się w Paryżu wziernikiem bocznym według modelu J a c o b a e u s a-U n v e r r i c h t a, zaś przy przepalaniu zrostów elektrycznie rozgrzaną pętlą platynową bez specjalnych metod koagulacyjnych. Te ostatnie w postaci diatermji wprowadził w czasach ostatnich M a u r e r z Daves. Sposób ten jednak, niedużem cieszy się zastosowaniem. Będąc w klinikach niemieckich, oraz sanatorjach, mogłem to stwierdzić. Co do typu wzierników piersiowych, równie często używają wzierników o widzeniu prostem, jakoteż bocznem, co jest zresztą przedewszystkiem rzeczą osobistej wprawy. Do powikłań tutaj spotykanych należą wysięki opłucnowe, krwotoki wewnętrzne i przebicie płuca. Większa ich część daje się uniknąć przez stosowny dobór przypadków, a to, gdzie należycie zabezpieczono je odmą, jeżeli chodzi o przebicie. Co do krwotoków, należy unikać przepalania rozległych zrostów, oraz zrostów silniej unaczynionych, a sam zabieg przepalania należy wykonywać powolnie, przy pętli platynowej niezbyt rozgrzanej. W warunkach tych krwotoki, można uważać praktycznie za wypadki bardzo rzadkie. Zresztą, zabieg ten znoszą chorzy dość dobrze, przy wydatnem znieczuleniu miejscowem i bez potrzeby znieczulania samych zrostów.

Plombowanie jam jest zabiegiem, mającym zastosowanie przy leczeniu jam umieszczonych w górnej części płuca. Wykonanie jego polega na resekcji zwykle III. lub IV żebra w linji pachowej, środkowej, na długości 6—8 cm. Operując pozaopłucnowo odsuwa się płuco na tępo, poczem zakłada się uciskową plombę z parafiny z dodatkiem bismutu i wioformu. Jak widać, zabieg ten jest bardzo pomysłowy, wyniki jednak tego leczenia nie są na razie zachęcające. Jednem z niebezpieczeństw, jakie przedstawia ta operacja, jest działanie tej plomby, jako ciała obcego w sąsiedztwie tak pełnem powikłań, jakie stanowią jamy gruźlicze. To też zabieg ten nie znajduje szerszego zastosowania, choć doświadczenia czynione są w dalszym ciągu. Tymczasem, w miarę rozwoju techniki i metod plastyki piersiowej wskazania stają się tutaj czem raz rzadsze. Wskazania te ograniczają się do przypadków gruźlicy marskiej, ograniczonej najchętniej do płatu górnego, w którym znajdujące się większe jamy, nie dadzą się zwykłym sposobem zamknąć z powodu sztywności ścian. Zabieg ten byłby zwłaszcza wskazanym przy równoczesnym braku zmian w dolnym płacie. W warunkach tych bowiem nieraz trudno się zdecydować do wykonania plastyki piersiowej, ażeby bezpotrzebnie niewykluczać czynności zdrowych odcinków płuc. Także przy gruźlicy włóknistej obustronnej, w obecności jam zachodzą właściwe wskazania do założenia plomby. Lecz i w tym zakresie nie nadają się do tego zabiegu przypadki jam, których ściany są zbyt cienkie t. j. leżące zbytnio przy powierzchni płuca. Grożą one bowiem w każdej chwili przebiciem. Według informacyj, jakich mogłem zasięgnąć w sanatorjum U l r i c i e g o, zabiegi te dają bardzo małe wyniki lecznicze.

Doskonałe natomiast rezultaty daje plastyka piersiowa, dla której wskazania znaleziono wcześnie i którą możliwie szeroko wykonano. Pracując u prof. B r a u e r a w Hamburgu miałem sposobność zapoznania się z jego najnowszą metodą. Po dokładnem znieczuleniu miejscowem, prowadzi on cięcie głębokie przecinające równocześnie mięśnie biegnące z tyłu kołokręgowego na zewnątrz długich mięśni grzbietu. Na X żebrze zagina cięcie łukowato do środkowej linji pachowej, ażeby ułatwić uniesienie łopatki w czasie zabiegu. Przy tem cięciu zachowuje górną część włókien m. kapturowego, ażeby zabezpieczyć sobie późniejsze korzystne ustawienie łopatki. Następnie wycina wszystkie żebra od XI do I włącznie, czyniąc to od strony kręgosłupa jak najbliżej kręgów, a więc około 2—2½ cm przyśrodkowo od kąta żeber, przy maksymalnem odsunięciu długich mięśni grzbietu. Żebra wycina poza okostnowo na długości dość znacznej, bo wynoszącej na IX żebrze, średnio 12—14 cm, zachowując w całości m. międzyżebrowe. Postępując ku górze długość wycinanych żeber oczywiście skraca. W tym zabiegu posługuje się nożycami S c h o e m a k e r a, niepozostawiającemi zazębień na końcach żeber. Przebieg tej operacji, którą widziałem w rękach prof. L e b l a n c a, tylko z jednym asysten-

[3]) Wskazania oraz technikę oleotoraksu, według metod francuskich zapodano w V ark. Praktyki Lekarskiej (P. Gaz. Lek. maj 1929).

tem, trwa prawie stale 2 godziny. Zabieg ten jest wprawdzie bardzo ciężki i dla chorego przykry przy znieczuleniu miejscowem, daje jednak dobre wyniki, zastosowany naturalnie możliwie wcześnie, przy dobrych siłach chorego. Śmiertelność związana z tą metodą wynosi 3—8%. Statystyka Brauera zapodaje tutaj 33% zupełnych uleczeń, 33% znacznej poprawy i 33% niepowodzeń. Prócz tej metody stosują Niemcy jeszcze tzw. resekcję strzałkową (Eden-Wilmsa) oraz kołokręgową resekcję Sauerbrucha, którą widziałem u tegoż autora w Berlinie, w klinice chirurgicznej, Charité. Operacji tej dokonują z dużą precyzją i ogromną wprawą, tak że przebiega bardzo szybko. Dzięki nowszym sposobom narkozy, a to użyciu gazów znieczulających, zabieg ten dla chorego jest zupełnie niebolesny. Te jednak dwie ostatnie metody nie prowadzą do zupełnego zapadu płuca, mają one zatem znaczenie, podobne do częściowej odmy.

W chemoleczniictwie gruźlicy daje się zauważyć powolny powrót do przetworów złota. Gorącym zwolennikiem tej metody w Paryżu jest Bernard i jego szkoła. Z jego nowszych zestawień wynika, że rezultaty tego leczenia nawet w 46% są dobre.

W tym celu posługują się przetworem francuskim, kryzalbiną, o składzie identycznym ze sanokryzyną. Dawkę wyjściową 0,10 podnosi zwolna do 0,75, nie wyżej, podając w ten sposób razem 7 g. Za wskazania uważa procesy przedewszystkiem obustronne, nie nadające się do leczenia zapadowego, a to przy sprawach pneumonicznych i w tych przypadkach *tbc. ulcerofibrosa* w których występują częste i długotrwałe zaostrzenie (*„poüssée evolutive"*). Według Bernarda leczenie złotem zdolne jest przerwać te zaostrzenia, będące wyrazem postępowania procesu. Na licznych zdjęciach z przypadków jego kliniki, mogłem stwierdzić wyraźne cofanie się nacieków oraz występowanie zmian sklerotycznych. Obecnie stosują złoto także doopłucnowo, w tych samych dawkach. Zwolennikiem tego sposobu jest Kindberg, który niedawno przedstawił w akademji lekarskiej jeden pomyślny wynik takiego leczenia.

Sprawa leczenia antygenem metylowym Boqueta i Nègra znalazła częściowe rozwiązane znajdując jak w każdej metodzie szereg zwolenników i przeciwników. Na ogół lek ten w gruźlicy płuc małą odgrywa rolę, przynajmniej na razie. W każdym razie zalecaną bywa duża ostrożność w dawkowaniu ze względu na odczyny gorączkowe. Natomiast bardzo dobre rezultaty dają się otrzymać w leczeniu antygenem gruźlicy skóry, kości, stawów oraz w gruźlicy gruczołowej, a czasem nawet w procesach toczących się w krtani i w nerkach.

Na zakończenie, muszę jeszcze wspomnieć o zagadnieniu wpływu naświetlań śledziony na przebieg gruźlicy płuc. W Paryżu, wywołał duże zainteresowanie pewien Rosjanin, Manukin, zobowiązujący się sam wyleczyć najcięższe nawet przypadki za pomocą swojej metody. W sanatorjach odstąpiono mu nawet większy materjał doświadczalny, oraz sfinansowano potrzebne urządzenia. Wprawdzie w Bligny nie doszedł on do żadnych wyników, to jednak w dalszym ciągu jeszcze próbuje tej metody, chociaż jak dotychczas bezskutecznie.

* * *

Niniejszy rzut oka niewyczerpuje całokształtu spostrzeżeń, jakie miałem sposobność poczynić w czasie mojej naukowej podróży. Szkic naukowego dorobku zapodany wyżej, ująłem głównie z punktu widzenia praktycznego, pragnąc podzielić się z nim z szerszym ogółem lekarzy praktycznych i zachęcić ich do pracy w tej gałęzi wiedzy, która w naszym kraju wymaga szczególnego wysiłku i wzorowej organizacji. Są bowiem dane, z których można wnosić, że gruźlica szerzy się u nas znacznie więcej, aniżeli w krajach zachodnich. Uwzględniając ten stan wyjątkowy naszego kraju, zachodzi konieczna potrzeba wprowadzenia metodycznej profilaktyki dziecięcej, która mojem zdaniem powinna stać się ośrodkiem i celem wszelkiej akcji przeciwgruźliczej, przy braku której, wystarczalność innych środków nie da się pomyśleć.

Należyta ochrona dziecka przed zarazą jest rękojmią opanowania klęski społecznej. Wyrażam przeto życzenie, ażeby nasz kraj, w czasie jak najkrótszym mógł podołać temu wielkiemu zadaniu.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

E. v. Domarus: *Das Denken u. seine krankhaften Störungen.* Würzburger Abhandlungen Bd. V. H. 8. S. 369—456. Verlag Kabitsch — Leipzig 1929.

Wychodząc z założeń psychjatrji heteronomicznej poddaje autor analizie myślenie normalne, ustalając dwa zasadnicze jego typy: 1) „logisches Denken", 2) „ideales Denken" (Sinndenken). Zaburzenia pierwszego typu myślenia dotyczą: a) materji b) kategorji, c) formy d) treści. Zaburzenia w zakresie drugiego typu prowadzą do transgresji wzgl. cisgresji w drabinie zasadniczych pojęć: 1) „tot", 2) „lebendig", 3) „seelisch", 4) „geistig". Wszystkie obserwowane w klinice patologiczne formy myślenia sprowadzają się do kombinacji powyższych zaburzeń.

Rozważania autora których odskocznię stanowią poglądy Husserla, nie dadzą się streścić w suchym referacie; trzeba je przeczytać w całości w niezmiernie interesującym oryginale. W zakończeniu odpowiada Domarus na pytanie dlaczego pewien określony typ patologicznego myślenia (t. j. schizophreniczny) jest typem w klinice najczęściej spotykanym. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się autor w tem, że myślenie schizophreniczne jest nawrotem atawistycznym do fylogenetycznie pierwotnych form myślenia. W fylogenetycznym rozwoju umysłowości ludzkiej wyróżnia autor 3 okresy: 1) prearchaiczny, 2) archaiczno-paralogiczny, 3) paralogiczno-logiczny. 1) Okres archaiczny cechują wyobrażenia hypointenzywne, emocjonalnie blade i nie wywołujące skutkiem tego podniet motorycznych. Myślenie w tym okresie nie ma żadnej formy jest akategorjalne. Ten najniższy typ myślenia jest właściwy atropoidom, plemionom południowej Sumatry, hebephrenom oraz chorym w stuporze schizophrenicznym.

2) W okresie archaiczno-paralogicznym dominują wyobrażenia hyperintenzywne (projekcja ich na zewnątrz prowadzi do halłucynacji) żywo zabarwione emocjonalnie i dlatego wywołujące efekty motoryczne. I to myślenie nie ma jeszcze kategorji — zastępuje je dobra pamięć, a kojarzenia są typu afektywnego lub „demonicznego". Jest to sposób myślenia ludów pierwotnych oraz schizofreników sensu stricto.

3) Ostatnim szczeblem jest okres (paralogiczno) logiczny. Wyobrażenia są tu normalnie intensywne i wywołują normalny oddźwięk afektywny i kinetyczny. Myślenie przybiera określone formy: kierują niem kategorje a przedewszystkiem zasada przyczynowości. Jestto typ dzisiejszego „codziennego" naukowego myślenia.

Myślenie archaiczne (demoniczne), paralogiczne i logiczne oto etapy rozwojowe umysłowości ludzkiej. W walce o byt wyższy typ myślenia okazywał się korzystniejszym i wypierał niższy. Niższe formy nie zanikają zupełnie ale pozostają w psychice ludzkiej na podobieństwo organów szczątkowych i przenoszą się dziedzicznie jako cecha recessywna, podczas gdy myślenie logiczne przybiera cechy dominującej. W pewnych warunkach ta cecha recessywna wyzwala się i wtedy myślenie „demoniczne" (schizophreniczne) opanowuje zupełnie psychikę, dając kliniczny obraz psychozy schizophrenicznej. W ten sposób patogeneza schizophrenji sprowadza się do problemu dysontogenezy. Oto w ogólnych zarysach hypoteza Domarusa, niedość ściśle może i niezbyt szczegółowo uzasadniona, tem nie mniej jednak pociągająca śmiałością i rozmachem; w tym względzie przypomina koncepcje Kretschmera i to nie tylko formalnie (problem hysterji).

Ślączka (Kraków).

Ch. Achard: *L'oedème Brightique.* (G. Doin Paris 1929). Cena 30. fr. — Obrzęki z powodu choroby Bright'a skreślone mistrzowskim piórem znanego paryskiego klinicysty i generaln. sekretarza akademji lek., w Paryżu, stanowią treść pierwszego tomu zbioru franko-brytyjskiego z zakresu medycyny i biologji *). Przedmiot wyczerpująco przedstawiony — począwszy od historycznego rozwoju pojęć o obrzękach, anatomji patologicznej, składu chemicznego zmian krwi, stosunku do poszczególnych schorzeń nerek, zachowania się ciśnienia krwi, klasyfikacji zapalnych chorób nerek, zmian płynów międzytkankowych, krążenia wody w ustroju, obrzęków w M. Brighta i ich stosunku do mocznicy i t. d. aż po szczegółowo przedstawionej terapji daje nam autor obraz przedmiotu do czasów najnowszych.

W całej pracy autora przewija się myśl że w obrzękach choroby Bright'a, wpływ mechaniczny zaburzeń układu krążenia jest o wiele mniejszy, niż szereg zmian fizyko-chemicznych ustroju.

Starannie obrobił autor dietę chorych, dietę małosolną, leki moczopędne, przetwory rtęci, leki czyszczące i napotne, nasercowe i zabiegi mechaniczne. Piśmiennictwo w szerokim zakresie uwzględnione, francuskie, niemieckie i polskie.

Gorąco mogę polecić dzieło Achard'a.

Pisek (Lwów).

*) Collection franco-britannique des sciences médicales biologiques. G. Doin et Cie. Editeurs a Paris.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 14, nr. 7, z 1 października 1929: Fr. Zalewski: Rozległe oparzenie skóry promieniami Roentgena wyleczone przetaczaniami krwi. — J. Mydlarski: Przyczynek do zagadnień selekcyjnych. — E. Paluch: Polewy garnków glinianych pod względem higjenicznym. — A. Huszcza: Wrażenia z objazdu zagranicznych centrali badań lekarskich w aeronautyce.

Wychowanie fizyczne, rok XI, zeszyt 1., ze stycznia 1930: St. Ciechanowski: Trzydziestolecie pracy profesora Piaseckiego. — Klamrzyński: Indywidualizacja ćwiczeń cielesnych w Liceum Krzemienieckiem. — K. Hemerling: Czy właściwą drogą stąpają nasze sporty? — W. Sikorski: Kierunek indywidualistyczny i społeczny w sportach młodzieży szkolnej. — W. Czarniecki: Osnowa lekcyjna V grupy Wyższego Kursu nauczycielskiego w Poznaniu.

Wiadomości lekarskie, rok II, z grudnia 1929: St. Bühn: O należytą ocenę przewlekłych stanów podgorączkowych. — Em. Glassgall: Praca lekarza Kas chorych. — G. Raciążek: Przeciwreumatyczny zjazd międzynarodowy w Budapeszcie. — Z. Danielski: Z konferencji lekarzy w Warszawie w sprawie reorganizacji lecznictwa. — Edw. Elster. Kasy chorych a świat lekarski. — N. Mehrer: Z problemu lecznictwa kasowego. — B. Ziemilski: W odpowiedzi na powyższą odpowiedź Kol. N. Mehrera.

Trzeźwość, nr. 12, z r. 1929: Ela Oleska: Pokój ludziom dobrej woli. — H. Zajączkowska: Policja wiedeńska w walce z alkoholizmem. — Hanna Nałęcz-Ostrowska Szymańska: Ze zjawisk literackich. — M. Kukla: Abstynencka Liga kolejarzy. — J. Gardecki: Pamięci prof. Rafała Radziwiłłowicza. — M. Skiba: Szkolna zachęta do pijaństwa. — L. Wirszyłło: Walka z alkoholizmem w wojsku polskiem. — Kamilla P.: Zbudzą się ze snu. — H. Gogulska: Jak zwalczamy alkoholizm. — W. Więcek: Pamiętniki z wojska austrjackiego.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 22, z r. 1929: M. Czerkawska: Wiersz: Okręt. — M. Benisławska: Źródła pojęć etycznych. Z. A. Wołowska: Samodzielność i zaradność. — L. Krzemieniecka: Piastunka. — M. Morzkowska: Rola apetytu w odżywianiu. — Z. Michejdzina: Wyprawka niemowlęcia. — M. Dziadyk-Kłosińska: O pielęgnacji nóg. — F. Łuniewska: O niestrawności.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 23, z r. 1929: L. Krzemieniecka: Wiersz: W zimie. — St. Wysocka: Marzenia na jawie. — E. Szelburg-Zarembina: Niech dzieci mówią. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — J. Prażmowska: Co dać dzieciom na gwiazdkę. — M. Morzkowska: Jadłospis dziecka od 2 do 6 lat. — Z. Michejdzina: Wyprawka niemowlęcia. — P. Gleich: Odra. — A. Klęsk: Wycinanie migdałków.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 24, z r. 1929: L. Krzemieniecka: Wiersz: Pierwsza choinka. — E. Szelburg-Zarembina: Śmierć śmierci. — St. Pfanhauser: Dzieci a kolendy. — N. Jastrzębska: Co im dać na gwiazdkę? — S. Bienstjern: Zabawki z niczego. — J. Prażmowska: Dzieci, zabawki i dorośli. — M. Morzkowska: Wilja dla dzieci. — M. Dziadyk-Kłosińska: Czy mogą wychodzić wieczorem. — Z. Michejdzina: Niemowlę na wolnem powietrzu.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 23, z 1 grudnia 1929: K. Mayer: Leczenie roentgenologiczne spraw zapalnych. — St. Wąsowicz: O stosunku wzajemnym ciśnienia tętniczego i lepkości krwi, oraz wydajności moczu (stale Martineta) w świetle badań klinicznych. — St. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich. — T. Alkiewicz: Zygmunt Grudziński, nekrolog.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VII, nr. 1, z 2 stycznia 1930. G. Lewin: Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą. — L. Hirschfeld i W. Halberówna przy współpracy klinicznej M. Flokszstrumpfa i M. Kołodziejskiego: Badania nad serodjagnostyką raka. — E. Birsowski: Stare w położnictwie w szacie odnowionej. — M. Erlichówna: Jeszcze o naszych grzechach. — St. Batawia: Czy spędzenie płodu powinno być karalne? — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.).

Młoda matka, rok IV. nr. 1., z r. 1930: S. Popowski: Zima a choroby dzieci. — J. Michałowicz: Idzie śnieg — wyjmować saneczki!. — J. Wiszniewski: Czy bladość zawsze oznacza anemję u dzieci? — P. Baumryter: Mamka. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — J. Wądołkowska: Udział dzieci w zajęciach domowych. — St. Lewartowicz: Stosunki uczuciowe pomiędzy rodzeństwem.

Czystość, rok II, nr. 10, 11 i 12 z r. 1929: Wit. Chodźko: Zadania społeczne uzdrowisk polskich. — Mich. Grejniec: Dlaczego należy unikać partaczy denstystów?.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 1, z 1 stycznia 1930: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — St. Czerwiński: Odpowiedzialność karna felczerów. — A. Kaszyn: Radio w szpitalach. — J. Wilder: Kilka uwag do rozwiązania problemów kas chorych. — M. Babicka: Szkoły pielęgniarstwa we Francji. — W. Szumlański. Obniżenie opłat za czynności lekarzy w sądach.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 1., z 5 stycznia 1930: Sprawy zawodowe.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 12, z r. 1929: Tad. Bętkowski: Sport jako czynnik chorobotwórczy. — Ant. Leja: O leczeniu otyłości.

Wiedza lekarska, rok III, zeszyt 12, z grudnia 1929: Tad. Zawodziński: Rozpoznanie rzeżączki kobiecej. Próba odchylenia dopełniacza z antigenem gonokokowym.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 26. IV. 1929.

Przewodniczy: Kol. Mikołajski Szcz.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. dr. Wiktorowi Legeżyńskiemu. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Kol. Chwalibogowski A. przedstawia i omawia a) przypadek *wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej* u 8-letniego chłopca, b) przypadek *ziarnicy złośliwej* u 4-letniego dziecka.

W dyskusji Kol. Ziembicki W. ma zastrzeżenia co do rozpoznania zwężenia tętnicy płucnej, sądzi, iż w przedstawianym przypadku możnaby również myśleć o wadzie wrodzonej, jak np. o otworze owalnym zachowanym lub braku w przegrodzie komorowej.

Kol. Pisek W.: Przedstawiony przypadek nasuwa mimo uzasadnionego rozpoznania jeszcze pytanie czy wobec niezbyt znacznej rozstrzeni prawej komory nie można myśleć jeszcze o foramen ovale apertum. Zauważyć jednak trzeba że mimo wszystko, mimo drobiazgowego stwierdzenia „nieomylnych cech" wady wrodzonej, rozpoznania bywają właśnie w tych przypadkach mylne. Klasycznym przykładem jest przypadek opisany przez znanego klinicystę Ortnera[1]):

U chorej dziewczynki z znaczną sinicą od dzieciństwa, pałeczkowatemi zgrubieniami bardzo wybitnemi, palców, wrodzonymi wadami źrenic, powiek i t. d. stwierdził Neusser — niewątpliwie djagnosta światowej sławy, szmer b. silny nad t. płucną. skurczowy nieco przechodzący na rozkurcz; serce rozszerzone nieco na prawo, bez wzmocnienia drugiego tonu nad płucną; skurczowe frémissement; podczas bardzo długiego przebywania — przez lata — w szpitalu wytworzyły się zmiany gruźlicze w płucach, krwioplucia, stany gorączkowe. Rozpoznano: wrodzone zwężenie tętnicy płucnej z prawdopodobnym ubytkiem w przegrodzie. Na sekcji stwierdzono „ku zdziwieniu i zawstydzeniu wszystkich nas, niedomykalność i zwężenie z. dwudzielnej". Względnie stałym objawem stwierdzonym w ostatnich latach ma być odwrócony elektrokardiogram a przynajmniej kierunek „zębów" (Zacken) przeważnie są skierowane ku dołowi. Dla wad wrodzonych ma to być cechą b. ważną.

Kol. Ziemilski omawia przypadek, przez siebie obserwowany.

Kol. Penzias uważa, że w leczeniu ziarnicy złośliwej główne znaczenie mają promienie Roentgena, choć niezawsze zupełnie przerywają chorobę. P. omawia przypadek ziarnicy śródpiersia

[1]) Differentialdiagnostik innerer Krankheiten. Wien 1928 r.. str. 222.

daleko posunięty, w którym już po kilkunastu naświetlaniach zauważył wielką poprawę w postaci zmniejszenia się nacieków. Po dwóch latach stwierdził nieznaczną pozostałość po guzie. Co się tyczy prognozy to uważa, że u dzieci jest ona pomyślną.

Kol. Chwalibogowski A. w odpowiedzi wyjaśnia, że rozpoznanie zwężenia tętnicy płucnej w przypadku pierwszym było klinicznie uzasadnione.

2) Kol. Czyżewski K. przedstawia przypadek *przewlekłego zapalenia trzustki (Pancreatitis chronica exacerbans)*, operowany na oddziele chirurgicznym szpitala powszechnego.

3) Kol. Szusterówna H. przedstawia: a) Wątrobę i śledzionę dziecka 11-miesięcznego, u którego klinicznie wystąpił *typowy obraz niedokrwistości Jaksch-Heyema*. Na sekcji stwierdzono wyniszczenie i ogólną niedokrwistość, skazę krwotoczną i znaczne powiększenie śledziony (470 g) i wątroby (540 g). Ostateczną przyczyną śmierci było obustronne zapalenie płuc. Drobnowidowo przyczyną powiększenia wątroby było nacieczenie tłuszczowe komórek wątrobowych; obok tego stwierdzono wśród zrazików, jakoteż na ich obwodzie rozległe ogniska szpiku kostnego, okazującego jądrzaste ciałka czerwone krwi, limfocyty, leukocyty oraz ich postacie niedojrzałe, myeloblasty i myelocyty. Podobny obraz przedstawiała również śledziona. b) Narządy dziecka 8-tygodniowego, u którego klinicznie wykazać można było znaczne powiększenie wątroby. Z wywiadów dowiedziano się, że dziecko urodziło się w odpowiednim czasie, prawidłowo się rozwijało, jedynie zwracało uwagę rodziców lekkie parcie przed oddaniem stolców, które były zresztą prawidłowe co do ich ilości i jakości. Dopiero 5 dni przed śmiercią dziecko zachorowało, okazując silne wzdęcie i bóle brzucha, tudzież zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem.

Na sekcji wykazano niedokrwistość narządów, skazę krwotoczną, w pierwszym rzędzie zaś znaczne powiększenie wątroby, która była wybitnie żółta, a na przekroju miała budowę nieco gąbczastą. Drobnowidowo wykazano w komórkach wątrobowych wysoki stopień nacieczenia i zwyrodnienia tłuszczowego, oraz zwyrodnienia wodniczkowego. Podobne zmiany przedstawiały komórki kanalików nerkowych.

Jak się w dalszem badaniu okazało, przyczyną tak znacznego zwyrodnienia wątroby i nerek, zatem narządów wydzielniczych była wada rozwojowa jelita grubego, które było znacznie rozszerzone, szczególnie w zagięciach, a ściany były zgrubiałe i okazywały rozrost mięśniówki i błony śluzowej bez zmian zapalnych. Mamy zatem do czynienia w naszym przypadku z *megacolon congenitum*. W rozszerzonem jelicie zalegała treść jelitowa, zaczem przemawiały obfite zbite masy kałowe tam stwierdzone. Na tle zalegania kału powoli postępujące zatrucie organizmu, które ostatecznie doprowadziło do śmierci.

W przypadku tym należy podnieść wysoki stopień zmian wstecznych (zwyrodnienia) w narządach, wywołanych zatruciem kałowem, trwającem przez czas dłuższy.

W dyskusji: Kol. Pisek W.: Ułożenie jelit w szczególności jelita grubego przedstawia już prawidłowo bardzo wiele odmian — tak iż prawie rzeczą niemożliwą powiedzieć — a przynajmniej trudno orzec co jest normą a co chorobą. Powtarzają się wprawdzie często pewne typy — u jednych osobników bez objawów chorobowych u innych znów wytwarzające dolegliwości. Obrazy rentgenologiczne należy zawsze bardzo krytycznie oceniać — mimo całkiem wyraźnej np. coloptosis, badany uważa się za zupełnie zdrowego.

Z własnego doświadczenia przytacza mówca tylko przykładowo 3 przypadki. U kobiety F. T. (przed 6 laty ulcus v.) sięga esica do zagięcia wątrobowego, zast. Bauhini'ego niedomyka — zaparcie, trwające czasem 8—10 dni — sprowadziło (18. VII. 1927) chorą do lekarza. Chorą widziałem r. b. 10. IV. po raz drugi: obraz rentg. niezmieniony. Przeszło 8 miesięcy bez dolegliwości — które obecnie znowu wróciły. W innym przypadku poprzecznica przechodzi w zagięcie śledzionowe w kształcie pętli ku górze zwróconej — a stąd w jelito zstępujące które przechodząc w esicę jako pętla zwrócona ku poprzecznicy w górę, wreszcie zstępujące prostopadle ku dołowi w prostnicę. W obu przypadkach zaparcie stolców silnie dokuczało chorym.

W trzecim przypadku (W. 19. I. 1927) u mężczyzny który przebył czerwonkę w r. 1924 nieznaczne objawy gorączkowe mniej dokuczały choremu niż dolegliwości podwyższonego ciśnienia ponad 200 mm Hg. U chorego tego ostatnia pętla jelita cienkiego wchodziła do kątnicy przemieszczonej pionowo ku górze na prawo do kątnicy: Colon ascendens jako ciąg dalszy — zwrócone było ku dołowi ku talerzowi biodrowemu i miednicy małej, stąd szło jako zagięcie prawe („wątrobowe") popod ową pętlę jelita cienkiego — ku górze prawie równolegle do kiszki grubej (do odwróconego Colon asc.) jako poprzecznica — ułożona pionowo, tworząc znów w górze zagięcie („śledzionowe") przemieszczone na prawo; dalsza część a więc zstępujące jelito ułożone prawie poprzecznie przechodzi w esicę. Zmiany te widocznie są pochodzenia płodowego, wrodzone — znosi chory prawie bez dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (mówca objaśnia wywody szkicami na tablicy).

Kol. Bārącz R. zwraca uwagę na stan chorobowy, występujący u kobiet źle odżywianych i ciężko pracujących który pierwszy opisał Arbuthnot Lane (Londyn) i nazwał *chronic intestinal stasis*. U kobiet takich wskutek zwiotczenia więzadeł jelitowych, a osobliwie *ligamentum gastro-colicum* opada najpierw *colon transversum*, po obu zgięciach kiszki grubej pozostają załamki i zrosty jej ze ścianą brzuszną. W następstwie tego powstaje zastój kału, i zatrucie ptomainami. Objawy kliniczne są następujące: wychudzenie, pigmentacja lub szare zabarwienie skóry, myodegeneratio cordis, osłabienie mięśni, zimność rąk i nóg, ból głowy, depresja umysłowa, skłonność do nerwobólów a osobliwie rwy kulszowej. Lane jest zdania, zgodnie z Mieczn ikowem że człowiek bez kiszki grubej jest zdrowszym i może dłużej żyć.

Dlatego w lżejszych przypadkach poleca częściowe wykluczenie kiszki grubej przez wykonanie zespolenia kiszki cienkiej z esicą *(ileosigmoides anastomosis)* zaś w cięższych przypadkach *colektomię totalną*, poczem łączy koniec kiszki cienkiej ze zgięciem esowatem *(end to side)*. Lane na zjeździe międzynarodowo-lekarskim w Londynie w r. 1913 demonstrował szereg kobiet leczonych colektomią z świetnymi wynikami i zarazem na kilku chorych wobec wielkiego auditorium wykonał colektomię całkowitą.

Kol. Bārącz zainteresował się sprawą kolektomji i chciał przekonać się doświadczalnie jak zwierzęta tak wielki zabieg znoszą. W r. 1914 w Akademji Med. Weterynaryjnej wykonał 4 kolektomje doświadczalne u suk z dobrym wynikiem i u 3 psów (jeden zdechł z powodu niedomykalności szwów). Psy miały się dobrze przez kilka miesięcy, były żarłoczne i miewały po 3 wypróżnienia dziennie. Wskutek wybuchu wojny zaniechał dalszych doświadczeń. Na zespół powyżej opisanych objawów prawie nikt u nas nie zwrócił uwagi, dlatego poleca sprawę tę internistom.

Kol. Nowicki W. odnośnie do przemówienia kol. Piseka, zwraca uwagę na znaczenie zrostów otrzewnowych w powstawaniu nieprawidłowego położenia jelita i to szczególnie jelita grubego. Zrosty w okolicy pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy, części odźwiernikowej żołądka i zgięcia wątrobowego jelita grubego oraz jego ramienia poprzecznego należą do zmian niezwykle częstych i powodują najrozmaitsze zagięcia i poprzeciągania jego odcinków, co musi mieć wpływ poważny dla krążenia treści tego jelita. Doświadczenie sekcyjne poucza, jak niezwykle częstą zmianą są owe zrosty. Pochodzenie ich, wobec braku jakichkolwiek zmian makro- i mikroskopowych, często jest niejasne. Mówca zauważa, że stosunkowo za mało zwraca się uwagi na wspomniane zrosty, które niewątpliwie są częstą przyczyną szeregu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. Odnośnie do przypadku przedstawionego zauważa, że jestto typowy przykład, do jak znacznych zmian może doprowadzić zatrucie pochodzenia jelitowego.

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. O. 22278/29 Warszawa, dnia 19 listopada 1929 r.

W sprawie urządzenia skróconego kursu przeszkolenia dla lekarzy powiatowych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje z początkiem 1930 r. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie po raz ostatni skrócony kurs wyszkolenia dla tych lekarzy i farmaceutów, którzy zajmują już stanowiska administracyjnych urzędników lekarskich i farmaceutycznych I kategorji w państwowej służbie zdrowia.

Kurs powyższy trwać będzie 4 tygodnie i rozpocznie się w dniu 7 stycznia 1930 r., poczem bezpośrednio po ukończeniu kursu odbędzie się egzamin.

Na kurs ten będą mogli być zasadniczo przyjęci ci z pośród praktykantów względnie prowizorycznych (kontraktowych) lekarzy i farmaceutów, którzy wstąpili do państwowej służby zdrowia przed dniem 1 stycznia 1925 r., a którzy nie odbyli kursu przeszko-

lenia, w drodze zaś wyjątku również ci, którzy wstąpili do służby w czasie późniejszym, a których ze względu na warunki lokalne i niemożność zastąpienia nie można powołać na pełny kurs przeszkolenia.

Warunki uczestnictwa w kursie przedstawiają się jak następuje: 1) Zgłoszenie na kurs ma charakter dobrowolny. Kandydaci winni dołączać do próśb o dopuszczenie ich na kurs deklaracje, stwierdzającą, iż przyjmują do wiadomości, że na czas odbywanego kursu otrzymają tylko płatny urlop, który im będzie udzielony od dnia wyjazdu na kurs, oraz zwrot kosztów podróży wraz z djetami za czas przejazdu, nie otrzymują natomiast djet za czas trwania kursu.

Wszystkim powołanym na kurs Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zapewnia możność otrzymania mieszkania wraz z całkowitem utrzymaniem w bursie Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie (ul. Puławska 91) za opłatą 6 zł 50 gr dziennie.

2) Kwoty, należne dopuszczonym na kurs kandydatom z tytułu przyznanego im zgodnie z postanowieniami ustępu 1 prawa do zwrotu kosztów podróży i djet za czas przejazdu powinny im być wypłacone przez właściwe władze II instancji z kredytów na podróże służbowe.

Podania kandydatów na powyższy kurs zechcą Panowie Wojewodowie (Pan Komisarz Rządu) przedłożyć Ministerstwu Spraw Wewnętrznych wraz ze swoją opinją do dnia 20 grudnia 1929 roku.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
Adamski.

LISTY DO REDAKCJI.

Warszawa, dnia 19 grudnia 1929 r.

JWielmożny Pan Dr. Krzyżanowski
Redaktor „Polskiej Gazety Lekarskiej"
Lwów.

W Nr. 48 „Polskiej Gazety Lekarskiej" z dnia 1. XII. 1929 r. w rubryce „Wiadomości bieżące" znajduje się wzmianka o kursie obrony przeciwgazowej dla lekarzy organizowanym przez Komitet Stołeczny L. O. P. P.

Ponieważ Kurs zainicjowany został przez P. C. K. i L. O. P. P. a w związku z tym prowadzony będzie pod egidą Okręgu Warszawskiego P. C. K. i Komitetu Stołecznego L. O. P. P. uprzejmie prosimy o umieszczenie sprostowania w sensie powyższym w najbliższym numerze pisma WPanów.

Dziękując zgóry WPanu Redaktorowi za przychylenie się do naszej prośby, pozostajemy z poważaniem

Komitet Stołeczny L. O. P. P.
H. Komar sekretarz. *St. Floryanowicz* V.-Prezes.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Czwarty kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów w Państwowej Szkole Higjeny. Z dniem 15 lutego 1930 roku rozpocznie się wPaństwowej Szkole Higjeny w Warszawie wzorem lat ubiegłych czwarty kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Kurs będzie trwał cztery tygodnie, a program jego przedstawia załącznik.

Na kurs będą przyjmowani zasadniczo kandydaci, którzy wykażą się posiadaniem dyplomu inżyniera z wyższej szkoły technicznej krajowej lub zagranicznej. Kandydaci, nie mający tego dyplomu, mogą przesłuchać kurs, jednak bez prawa przystąpienia do egzaminu.

Opłata za kurs wynosi 60 złotych od osoby. Słuchacze będą mogli w miarę możności korzystać z mieszkania w bursie przy ul. Puławskiej Nr. 91, należącej do Państwowej Szkoły Higjeny.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24) do dnia 1 lutego 1930 roku.

Wszelkich informacyj o kursie udziela Kierownik kursów Inż. Z. Rudolf, tel. 45-56.

Program czwartego kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów (od 15 lutego do 15 marca 1930 roku). Państwowa Szkoła Higjeny. Rok szkolny 1929/30. Kierownik kursu: Inż. Mag. Zygmunt Rudolf. Tel. 45-56. — I. Dział ogólny: Zagadnienia inżynierji sanitarnej (1 godz.) Inż. Mag. Z. Rudolf. — Zagadnienia higjeny publicznej (2 godz.) Dr. M. Kacprzak — Planowanie osiedli (4 godz.) Inż. Mag. Z. Rudolf. — Higjena wsi, jako zagadnienie państwowe (1 godz.) Dr. W. Chodźko — Walka z chorobami zakaźnemi (5 godz.) Dr. M. Kacprzak. — Badanie wody i urządzeń wodnych (4 godz.) Inż. A. Sznidis. — Mleko (2 godz.) Inż. S. Żmigrod. — Higjena pracy (5 godz.) Dr. B. Nowakowski. — Bezpieczeństwo pracy (4 godz.) Inż. St. Rodowicz. — Razem 28 godzin.

II. Przedmioty techniczno-sanitarne: Hydrologja (4 godz.) Prof. M. Rybczyński. — Osuszanie terenów (4 godz.) Prof. Cz. Skotnicki. — Wodociągi i kanalizacja (6 godz.) Prof. J. Radziszewski. — Oczyszczanie wody i ścieków (10 godz.) Inż. A. Szniolis. — Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji (2 godz.) Inż. Wł. Skoraszewski. — Głębokie studnie i ich wiercenie (3 godz.) Inż. W. Krzyżkiewicz. — Usuwanie śmieci i oczyszczanie ulic (4 godz.) Inż. Mag. Z. Rudolf. — Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji (2 godz.) Inż. Mag. Z. Rudolf. — Wentylacja i ogrzewanie (7 godz.) Doc. Inż. F. Bąkowski. — Dezynfekcja i dezynsekcja (3 godz.) Ppłk. inż. St. Dobrowolski. — Deratyzacja (2 godz.) Doc. płk. Dr. G. Szulc. — Chłodnictwo (3 godz.) Prof. B. Stefanowski. — Gazownictwo (1 godz.) Inż. Konopka. — Walka z gazami (1 godz.) Mjr. B. Sypniewski. — Razem 50 godzin.

III. Zakłady użyteczności publicznej: a) Szkoły (3 godz.) Inż. Fr. Ejchhorn. — b) Ośrodki zdrowia (1 godz.) Dr. S. Tubiasz. — c) Szpitale (2 godz.) Arch. W. Borawski. — d) Kąpieliska (2 godz.) Ppłk. Inż. St. Dobrowolski. — e) Rzeźnie (2 godz.) Dr. Jan Kiszkiel. — Razem 10 godz.

Wszystkich godzin wykładowych 88 (22 dni wykładowe).

Wycieczki: 1) Biuro regulacji m. Warszawy. — 2) Ośrodek Zdrowia w Mokotowie. — 3) Stacja przepompowywania ścieków. 4) Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki. 5) Filtry miejskie oraz laboratorjum. — 6) Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny. — 7) Zakład oczyszczania ścieków przy szkole pow. — 8) Rzeźnia miejska na Pradze. — 9) Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaskadzie. — 10) Zakład utylizacyjny. — 11) Szpitale: Karola i Marji, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Stanisława. — 12) Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne. — 13) Gimnazjum Stefana Batorego. 14) Kąpielisko miejskie. — 15) Garaż taboru miejskiego do oczyszczania m. Warszawy.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny ul. Chocimska 24, II piętro, od godz. 9 do 13-ej.

Wycieczki odbywać się będą w godzinach popołudniowych, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretarjatu Szkoły.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) odbyły się w styczniu 1930 r. odczyty wraz z dyskusją o godzinie 20¹/₄.

10 stycznia, piątek: Koło lekarzy Kasy chorych: Dr. Norbert Metelski: O lecznictwie ambulatoryjnem w Kasach chorych. — 17 stycznia, piątek: Dr. Juljan Śląski: Wrażenia z wycieczki szpitalnej po Stanach Ziednoczonych. — 24 stycznia, piątek: Mec. Jan Nowodworski: Tajemnica zawodowa lekarza.

Prezydjum Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego ukonstytuowało się na rok bieżący jak następuje: Prezes Ignacy Grundzach (ponownie), wice-prezesi: Bronisław Wejnert (ponownie) i Wilhelm Róbin, sekretarz Niewiadomski, skarbnik Kryński (obaj ponownie).

Częstochowa.

W dniu 22 grudnia Tow. lekarskie Częstochowskie z inicjatywy prezesa Rożkowskiego obchodziło uroczyście 25-lecie pracy lekarskiej i społecznej Dr. Szymona Starkiewicza, niezwykłego lekarza-ideowca, twórcy i kierownika Sanatorjum „Górka" w Busku. Piękną tę uroczystość otworzył kol. Rożkowski treściwem przemówieniem, malując barwnie świetlaną sylwetkę lekarza-społecznika jako najlepszego ucznia Biegańskiego, podnosząc niezwykłą wolę Jubilata, która doprowadziła Go do celu — wzniesienia wielkiego zakładu z ofiar społeczeństwa. Po przemówieniu Jubilatowi wręczono dyplom Członka Honorowego Tow. lek. — Z kolei kol. Parnowski odtworzył swe wrażenia z wycieczki do Sanatorium w roku zeszłym. Na te przemówienia odpowiedział Jubilat w wyrazach pełnych uczucia, a następnie wygłosił odczyt, ilustrowany przeźroczami, omawiając powstanie i obecny stan zakładu w „Górce".

Sprostowanie omyłki druku.

W ogłoszonej w numerze 2-gim „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. na stronie 28-mej pracy Dr. Jadwigi Zasztówney pod tytułem „Leczenie przymiotu acetylarsanem" w wierszu trzecim tytułu zamiast *„Z Oddziału Dr. Bernsteina"* ma być: *„Z Oddziału Dr. Bernhardta".*

Wolne posady lekarskie.

Wydział powiatowy w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posady lekarzy okręgowych w Grębowie i Radomyślu nad Sanem z uposażeniem XII grupy urzędników państwowych. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 15 stycznia 1930 r.

Magistrat m. Tomaszowa Mazowieckiego ma do obsadzenia stanowisko lekarza miejskiego, a zarazem ordynatora Oddziału wewn. Szpitala miejskiego. Między innemi wymagane jest conajmniej 5 lat praktyki, w tem 2 lata praktyki szpitalnej. Podania wnosić należy do dnia 10 stycznia 1930 do Magistratu m. Tomaszowa. Wynagrodzenie według umowy dowolnej.

Magistrat m. Łodzi ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Miejskiego Szpitala powszechnego na Radogoszczu (320 łóżek, choroby wewnętrzne, gruźlica kostna, choroby zakaźne). Wynagrodzenie VI względnie V stopnia uposażenia pracowników państwowych i dodatek komunalny. Podania należy wnosić do 15. I. 1930 na ręce przewodniczącego Wydziału Zdrowotności publicznej m. Łodzi, Plac Wolności 1.

W powiecie krasnostawskim: a) Osada Kraśniczyn: bliższe szczegóły u miejscowego aptekarza, b) Wieś Rybszewice — z Urzędu gminnego remuneracja w kwocie 1000 zł. posada lekarza szkolnego, mieszkanie we dworze. Bliższe szczegóły u Dra Walczaka w Krasnymstawie lub u sekretarza Miszczaka.

Nowe Miasto koło Płońska — miejscowość do osiedlenia się. Kasa chorych, dom o trzech pokojach, zamieszkały przez lekarza poprzedniego. Połączenie z Warszawą do stacji Nasielsk koleją lub autobusem.

Ze świata.

Centralny Zakład środków leczniczych w Wiedniu. Zakład ten jest czynny od 1 listopada 1919 r. Zadaniem tego przedsiębiorstwa jest dostarczanie instytucjom leczniczym, opiekuńczym i dobroczynności i innym czynnikom środków pomocniczych, jakoteż przedmiotów do pielęgnowania chorych. Oprócz tego zakład ma za zadanie fabrykację, zakupywanie i sprzedawanie środków leczniczych i pomocniczych. Wreszcie — nabywanie i zużytkowanie patentów, koncesji, celem fabrykacji środków leczniczych i pomocniczych.

Zakład dzieli się na: a) część fabryczną, b) handlową, c) oddział badawczy, d) oddział zajmujący się hodowlą i kulturą ziół leczniczych.

Do odbiorców oprócz wyżej wymienionych instytucji należą również sanitarne instytucje przemysłu, zakłady naukowe, drogerzyści, po części także aptekarze.

Z zakładu badawczego korzystają również liczne sfery przemysłowe. Np. przy badaniu tub cynkowych, czy zawierają 2% ołowiu, zakład wykazał, iż zawierają 12%, przeto szkodliwe są dla zdrowia.

Dla szerokich sfer publiczności wchodzą w rachubę przedewszystkiem środki lekarskie w opakowaniu specjalnem, przez co następuje znaczne potanienie lekarstw nie tylko dla Kas chorych, ale także dla ludności nieubezpieczonej. Wybór środków najbardziej używanych i najważniejszych dla jednolitego opakowania celem obniżenia ich cen nastąpił na podstawie orzeczenia rady rzeczoznawców. W r. 1928 wydano tych paczek, tylko w formie tabletek i ampułek 2 miljony, a ogólny obrót wynosił 61 miljonów szylingów.

Fabrykacja własna jakoteż preparaty dostarczane przez handlowy oddział zakładu wpływają w wysokim stopniu na regulację ceny. Zakład posiada obecnie 270 pracowników, a wśród nich 14 magistrów farmacji, 12 chemików, 2 inżynierów, 1 lekarza, 1 botanika, 36 drogistów i 27 wykwalifikowanych robotników.

Zamówień było w r. 1928 przeszło 60.000.

Hodowane w Zakładzie zioła lecznicze są także eksportowane zagranicę.

Zakład posiada własną, nowocześnie urządzoną fabrykę chemiczno-farmaceutyczną i materjałów opatrunkowych, fabrykę dla wytwarzania środków dezynfekcyjnych dla analitycznych laboratorjów i własne warsztaty.

Wszystkie bez wyjątku preparaty wytwarzane w fabryce, jakoteż środki nabyte przez oddział są badane pod względem chemicznym, biologicznym i technicznym. Żaden preparat nie zostaje wypuszczony z zakładu, dopóki przez badanie nie zostanie stwierdzone, że jego skład jest bez zarzutu. Oprócz tego są one badane przez państwowe zakłady.

Centralny Zakład dostarcza ludności dobrych środków lekarskich po niskich cenach nie wykraczając przeciwko zasadom handlowo-kupieckim, zapewniając pracownikom odpowiednie warunki życia i tworząc odpowiedni kapitał zakładowy.

Według statutu Zarząd Zakładu składa się z 19 udziałowców, a wśród nich jest 3 przedstawicieli Kas chorych. Zakład jest zorganizowany jako towarzystwo akcyjne, którego głównym akcjonarjuszem jest państwo austrjackie.

Wszystkie apteki powinny posiadać na składzie preparaty z zakładu, lekarze Kas chorych obowiązani są zapisywać lekarstwa gotowe istniejące w specjalnych opakowaniach i mogą tylko te środki stosować.

II Kongres Międzynarodowy Pedjatrów. Stockholm 17. 20. VIII. 1930. II Kongres Międzynarodowy Pedjatrów odbędzie się w Stockholmie w czasie od 17 do 20 sierpnia 1930 r.

Komitet Kongresu zażądał, by wzorem innych narodowości zawiązał się Polski Komitet Narodowy dla rzeczonego Kongresu, Komitet, którýby reprezentował nasze interesy w stosunku do Biura Kongresu, utrzymywał z niem kontakt, kwalifikował ewent. tematy i referaty, zgłoszone z Polski, informował kolegów i zorganizował ich wyjazd do Stockholmu. W myśl tego Zarząd Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, najwyższej Organizacji Pedjatrycznej w Polsce postanowił taki Komitet zorganizować i uchwalił, by do Polskiego Komitetu Narodowego dla Kongresu w Stockholmie weszło Prezydjum Tow., Dyrektorowie wszystkich klinik Dziecięcych, Docenci Pedjatrii oraz przewodniczący Oddziałów Pol. Tow. Pedjatrycznego.

Prezesem Pol. Komitetu Narodowego został obecny prezes Pol. Tow. Pedjatrycznego kol. T. Kopeć, wiceprezesami prof. Gröer i prof. M. Michałowicz, sekretarzem generalnym sekretarz stały Pol Tow. Pedjatrycznego prof. Wł. Szenajch.

Adres Pol. Kom. Narodowego Warszawa, ul. Mokotowska 39 m. 3, Dr. med. Tadeusz Kopeć.

Referaty przeznaczone dla Kongresu muszą być zgłoszone pod adresem Pol. Kom. Narodowego do dnia 1 lutego 1930.

Prace Kongresu będą w miarę potrzeby rozdzielone pomiędzy Sekcje poszczególne.

Jest pożądanem możliwie wczesne zgłaszanie udziału w Kongresie pod adresem Pol. Kom. Narodowego, aby Komitet mógł zawczasu zorjentować się w liczbie uczestników i zabezpieczyć im wszelkie ułatwienia w podróży, mieszkania oraz uprzyjemnienia podczas pobytu w Stockholmie, tembardziej, że właśnie w tym czasie odbędzie się również Wystawa Szwedzkiego Przemysłu i sztuki stosowanej.

Równocześnie ze zgłoszeniem uczestnictwa trzeba przesłać pod adresem Pol. Komitetu 22 korony szwedzkie, w tem 20 koron jako wpisowe i 10% na koszty organizacyjne Pol. Komitetu Narodowego.

Aby uniknąć przykrych pomyłek i nieporozumień uprasza się o wypisywanie imienia, nazwiska i dokładnego adresu literami drukowanemi, najlepiej na maszynie.

Dalsze komunikaty w sprawie kongresu będą w miarę potrzeby ogłaszane.

45-ty niemiecki Kongres balneologiczny odbędzie się w zdrojowisku Elster w czasie od 9 do 13 kwietnia 1930 r. pod przewodnictwem dyrektora ministerjalnego prof. Dr. Dietricha. Kongres poprzedzi zwiedzenie uniwersyteckich instytutów w Lipsku, po kongresie zaś będzie urządzoną wycieczka do sanatorjów dla chorób płucnych w Reiboldsgrün i Carolagrün, tudzież do zdrojowiska Oberschlema.

Głównemi tematami kongresu będą sprawy tyczące się znaczenia żelaza w zdrojach leczniczych, jakoteż kąpieli borowinowych, wreszcie sprawa odżywiania chorych w zdrojowiskach.

Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się kongresu udziela sekretarz generalny kongresu Dr. Max Hirsch, Berlin W. 35, Steglitzerstrasse 66.

Redakcja otrzymała:

Giornale italiano di dermatologia e sifililogia, vol. LXVIII, anno LXII, fasc. V, ottobre 1927.

Grosglik Adam: „Dwa rzadkie przypadki z dziedziny chorób krwi". Odb. z Polsk. Przeglądu radjologicznego tom III, zeszyt 4, rok 1928.

Coffey Robert C.: „Chronic peptic ulcer". Record of a personal experience.